Nr. 2. 13. stycznia 1929. Rok VIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr. Jan JANKOWSKI, starszy asystent. Lwów.

Etjologja i patogeneza dychawicy oskrzelowej.

Z II kliniki chorób wewnętrznych U. J. K. Dyrektor: Prof. Dr. R. Rencki

Ciąg dalszy.

Nawiązując teraz do wyżej omawianej sprawy, owej stałej dyspozycji należy doszukiwać się w zmianach w układzie wegetatywnym i to głównie w obwodowych elementach tegoż układu. Chodziłoby teraz o to, czy sam ten stan w swej istocie bez działania specjalnego bodźca, jest już czemś zdecydowanie patologicznem. Niewątpliwie tak, stan ten bez działania bodźca musi pociągać za sobą jakieś zmiany, tylko zmiany te w przypadkach lżejszych są niezbyt widoczne. Chorzy ci między napadami czują się zupełnie dobrze, badanie objektywne nie wykrywa zmian istotnych, dopiero odpowiedni bodziec powoduje gwałtowne schorzenie. W cięższych natomiast przypadkach spotykamy się już z trwalszemi zmianami, które jednak mogą mieć raczej charakter zmian wtórnych, spowodowane przez rozedmę i przez chroniczny nieżyt oskrzeli. Nierzadko jednak przy badaniu obserwować możemy i przedłużenie wydechu i charakterystyczne świsty astmatyczne i furczenia, coby wskazywało na pewien stale utrzymujący się skurcz mięśni oskrzelików.

Owej dyspozycji astmatycznej, doszukiwano się w pewnych skazach, i tak łączono dychawicę oskrzelową ze skazą wysiękową (Strümpel). Wprowadzenie tutaj pojęcia pewnej skazy jest niewątpliwie zasługą tego autora, który wskazał na konstytucjonalne cechy przy tem schorzeniu, muszę jednak podnieść, że cech skazy wysiękowej w wielu przypadkach dychawicy brak. Zresztą istota skazy wysiękowej odbiega nieco od istoty dychawicy oskrzelowej. Pewne podobne charakterystyczne przesunięcia w układzie wegetatywnym w obu tych stanach stanowią ich łączność.

Francuscy autorowie dużo mówili tutaj o „neuroartretycznej konstytucji". Otóż według naszych spostrzeżeń cechy artretyczne tylko w małej ilości przypadków występują i to niezbyt silne. O zachowaniu się kwasu moczowego będzie mowa później. Schulz i Reichmann mówią o konstytucjonalnej psychopatii. Podobnież Moos, jakoteż i Costa. Te zapatrywania zasługują na specjalną uwagę. Wpływ psychiczny na dychawicę oskrzelową jest bardzo wybitny; prawie w każdym przypadku dychawicy oskrzelowej mamy do czynienia z ogromną wrażliwością psychiczną. Jednak podnieść należy, że nie jest tak łatwo rozstrzygnąć czy ta wrażliwość psychiczna, ta t. zw. „nerwowość" jest sprawę pierwotną, czy tylko wtórną, rozwijającą się w następstwie długiego trwania tak uciążliwego i uporczywego schorzenia, które nieraz mimo różnorakiego leczenia nie ustępuje. Chory taki rozważając swoje położenie tak często traci nadzieję jakiejś możliwej dla siebie przyszłości. Nadto sam napad jest dla chorego tak przerażający. Nic więc dziwnego, że u chorych takich z biegiem czasu może się rozwinąć owa nadmierna wrażliwość psychiczna. Z drugiej jednak strony musimy zauważyć, że w pewnej grupie przypadków spotykamy pewne obciążenie dziedziczne, psychopatyczne. Łatwo zrozumieć, że z pewną psychopatją, czy psychastenją łączyć się będą zaburzenia w układzie nerwowym mimowolnym (wegetatywnym). I te są tutaj decydujące.

Na koniec zapytamy się w jaki sposób te zmiany, stanowiące dyspozycję, powstają, skąd się bierze ta dyspozycja? Otóż tu na pierwszy plan wysuwa się kwestja dziedziczności. Każdy z autorów, który tą kwestją się zajmuje, zwraca uwagę, że wiele przypadków dychawicy oskrzelowej, podaje, że w rodzinie jeden lub nieraz więcej osobników cierpi na tę samą chorobę względnie na sprawy pokrewne, np. pokrzywka, migrena, obrzęki przejściowe i t. p. Nieraz przechodzi to wprost z rodziców na dzieci. Adkinson w statystyce opartej na 400 przypadkach podaje, że w 48% wykazać można było obciążenie dziedziczne. Inni podają znacznie mniejszy odsetek dziedziczności: Kämmerer 36%, jeszcze mniej Buchanan, podobnież Loewi.

Zaprzeczyć dziedziczności nie można, jednak odnoszenie wszystkiego do tej dziedziczności uważać należy za nieracjonalne. W ciągu życia cały szereg bodźców, czy to psychicznych, czy to fizycznych, względnie chemicznej, toksycznej, natury, szereg toksyn z przewodu pokarmowego, tak wpływa na układ wegetatywny, że może w wysokim stopniu kształtować stosunki tam panujące, zwłaszcza o ile bodźce te działają przez czas dłuższy. Wiemy, że niema nieomal ani jednej reakcji ustroju, w którejby nie był czynny układ wegetatywny. Wiemy, że cały szereg reakcji ustroju na bodźce wyżej opisane powstaje jako odruch wegetatywny, każdy więc z tych bodźców wywołuje funkcjonalne, normalne przesunięcie w równowadze wegetatywnej. Z badań Sochańskiego wynika, że daleko idące zaburzenie równowagi tej wywołują afekty psychiczne. Wiemy, że bodźce stale działające mogą sprowadzać stalsze przesunięcie wegetatywne. Tak np. upały letnie mogą wywoływać stalszą parasympatikonję. Jeżeli teraz wyobrazimy sobie, że bodźce te będą specjalnie silne, że naraz działa wiele bodźców i to rozmaitych, jeden w jednym kierunku działający, drugi w innym, albo jeżeli te bodźce będą szybko jeden po drugim następować i jeżeli ta gra będzie trwać czas dłuższy w niedogodnych dla ustroju warunkach, to zrozumiemy, że ta równowaga wegetatywna może się łatwo wyczerpać, zwłaszcza jeżeli ustrój będzie wtedy osłabiony, czy to przebytemi chorobami, czy sam system nerwowy będzie wyczerpany, czy asteniczny, lub na drodze psychicznej. Silne a zmienne bodźce termiczne, wilafekty psychiczne. Silne a zmienne bodźce termiczne, wilgoć, katary dróg oddechowych, przeziębienia, zdają się odgrywać tu niepomiernie ważną rolę obok silnych bodźców psychicznych. W dokładnych wywiadach chorego prawie zawsze możemy znaleźć któryś z tych momentów. Na ogół jednak rzecz biorąc z wyżej przytoczonych faktów widzimy jaki tu jest szereg możliwości, jaki splot niezliczonej ilości przyczyn może wywołać to usposobienie do dychawicy, że rozwikłać dokładnie tej sprawy w poszczególnych przypadkach prawie nie można. Widzimy jednak, że dyspozycja ta powstać może sama w ciągu życia, zwłaszcza jeśli uwzględnimy jeszcze przeróżne bodźce stale działające na ustrój.

Wróćmy teraz znowu do drugich czynników etjologicznych, do kwestji bodźców wywołujących same napady. Otóż, jak już wyżej wspomniałem, jest ich wielka ilość. Ponieważ charakter dychawicy zależy w dużym stopniu od tego, jakie w niej działają bodźce, dlatego praktycznym wydaje się nam podział przypadków dychawicy według grup tych bodźców i według tego podziału należy je rozważać. Jakkolwiek Morawitz jeszcze teraz uparcie stoi przy swem zdaniu, że dychawica oskrzelowa jest jednostką chorobową i wszelkie podziały uważa za niesłuszne, to jednak wszyscy inni autorowie tego zdania nie uznają i każdy na swą rękę, według kryterjum przez siebie postawionego, podaje własny podział. Rackemann odróżnia ogólnie sprawy polegające na czynnikach zewnętrznych (extrinsic) (np. uczulenie) i wewnętrznych (intrinsic) odruchy i t. p. W podobny sposób dzieli Acton. Ramirez i wielu innych amerykańskich autorów dzieli na przypadki polegające na uczuleniu i niepolegające na niem. Cooke stara się ograniczyć pojęcie asthma bronchiale tylko do przypadków uczulonych. Van der Veer dzieli dychawicę oskrzelową na: inhalacyjną, intestinalną, bakteryjną, i powstającą po injekcji surowicy. Inni autorowie jak np. Storn van Leeuwen, Kämmerer i inni podają obszerniejsze i dokładniejsze podziały. Uważam, że podział, podziały te nie są kwestją zasadniczą i wchodzić w nie tutaj nie będę.

Najracjonalniejszym wydaje mi się podział następujący (jest to podział podany przez Kämmerera, tylko nieco zmieniony i uzupełniony).

1. Dychawica allergiczna, na tle nadwrażliwości uczuleniowej.
2. Dychawica na tle działania t. zw. klimatycznych allergenów, czyli miazmatów (Storn van Leeuwen).
3. Dychawica na tle działania toksycznego pewnych jadów organicznych powstałych w ustroju, podobnych do histaminy.
4. Grupę pokrewna stanowią przypadki, gdzie dychawica rozpoczyna się po infekcji kataralnej dróg oddechowych.
5. Dychawica odruchowa.
6. Dychawica na tle specjalnej wrażliwości na bodźce fizykalne, t. zw. allergja fizykalna (physical allergy-Duke).
7. Dychawica psychopatyczna, t. zw. asthma nervosum w ścisłem słowa tego znaczeniu.
8. Formy mieszane.

Należy podnieść, że wszystkie podziały mają więcej teoretyczną wartość w celu łatwiejszego zorjentowania się, dogodniejszego omówienia różnych możliwości etjologicznych. W praktyce spotykamy się przeważnie z formami mieszanemi. A dalej podkreślić musimy, że w pewnych przypadkach swoistość bodźców jest bardzo wyraźnie zaznaczona, i że zajmuje niemal cały problem etjologji danego przypadku, przynajmniej ze względów praktycznych. Tu naturalnie kwestja znalezienia i usunięcie tego bodźca nabiera zasadniczego znaczenia. Napad tu występuje tylko po danych ściśle określonych bodźcach, (np. uczulenie, klimat i t. p.). W wielu jednak przypadkach kwestja bodźców i ich swoistość schodzi na plan drugi, na pierwsze natomiast miejsce wysuwa się sprawa owej nieswoistej zasadniczej dyspozycji. W tych przypadkach każdy bodziec zaburzający w sposób specjalny równowagę wegetatywną może w odpowiednich warunkach wywołać napad. Co do ilości tych bodźców to może być tylko jeden, lecz czasem może ich być i kilka. Nieraz początkowo mamy do czynienia tylko z jednym bodźcem, np. uczuleniowym. Działanie jednak tego bodźca polega również na wywoływaniu odruchu patologicznego przez nerw błędny. Otóż o ile do tego odruchu często przychodzi, to następuje utorowanie drogi odruchowej, tak, że ten odruch coraz łatwiej powstawać może. Dochodzi wreszcie do tego, że każdy bodziec nawet normalny, lokalny czy ogólny trafiając układ wegetatywny przebiega przez wszystkie gałązki układu parasympatycznego, aby wywołać odpowiedni normalny odczyn, gdy jednak trafi na płuca, to tu spotyka się z ową wynaturzoną lecz utorowaną drogą, przebiega nią i wywołuje napad. Z tych nieswoistych bodźców naturalnie działają przedewszystkiem te, które i u normalnego człowieka specjalnie zahaczają płuca.

Coke zwraca uwagę, że objawy, jakoby skurczu oskrzelików można słyszeć także u osób zdrowych przy silniejszej wentylacji płuc, po głębokim wdechu i wydechu. Zjawisko to może jest zupełnie normalnym odruchem obronnym przeciw hyperwentylacji. Dychawica oskrzelowa byłaby więc egzageracją tego pierwotnie obronnego odruchu. Chciałbym tu dodać, że szereg innych normalnych i zwykłych bodźców działa na oddechanie, nagłe oziębienie, głęboki wdech i wydech, przegrzewanie, afekty psychiczne i wiele innych. Przy takiem nagłem zaburzeniu możemy i u zdrowych czasem słyszeć pewne subtelne świsty podobne do asthmatycznych, więc może i po tych bodźcach w związku z hyperwentylacja mamy ten odruch, jeśli więc ten odruch zbyt często będzie powstawał w płucach specjalnie w tym kierunku wrażliwych, to możemy mieć do czynienia z utorowaniem tego odruchu i może w ten sposób powstać ta zasadnicza dyspozycja. Zdanie to ma jeszcze zbyt mało podstaw, aby je przyjąć za teorję. W każdym razie warto się nad nim zastanowić.

Po tych ogólnych rozważaniach i uwagach o bodźcach wróćmy do poprzednio podanego podziału etjologicznego i zastanowimy się nad tymi specjalnymi czynnikami z osobna.

1. Nadwrażliwość uczuleniowa jest problemem tak obszernym i zawiłym, łączy się bardzo ściśle z tylonia bardzo ciekawemi zagadnieniami, że wymagała osobnego obszernego opracowania. Sprawy te omówiłem szeroko i dokładnie w innem miejscu, tu więc powtarzać się nie będę, ograniczę się tylko do ogólnych uwag praktycznych tutaj koniecznie potrzebnych.

Nadwrażliwość uczuleniowa jest to stan w swej istocie bardzo podobny do stanu anafilaksji, jednak z nim nieidentyczny, przedstawiający dość głęboko idące różnice. Musimy jednak podnieść że stan anafilaksji u ludzi nie jest dobrze znany, w każdym razie jest on nieco odmienny niż u zwierząt doświadczalnych. Dlatego też ścisłej granicy przeprowadzić tu nie możemy. Uczulenie jest sprawą całego organizmu, jeżeli tylko płuca reagują to prawdopodobnie istnieje możliwość lokalnego uczulenia, i to właśnie w tych przypadkach, w których uczulenie nastąpiło przez drogi oddechowe, (astma sienna). Jest tu więc do pomyślenia taka ewentualność, że tylko ten narząd się uczulił, który był bramą wejścia dawki uczulajacej. Wiemy, że nawet przy anafilaksji doświadczalnej, choć ten stan jest także sprawą całego organizmu, to jednak pewne organy, i to właśnie płuca lub wątroba reagują pierwsze, najsilniej i najgwałtowniej, i zmiany ze strony tych organów opanowują cały obraz (Schockorgane). A więc i tu możemy mieć do czynienia ze stanem, gdzie płuca są specjalnie skłonne do reakcji. Z drugiej jednak strony wiemy, że może istnieć uczulenie bez astmy, jak i astma bez uczulenia. Musimy podnieść, że napad dychawicy nie jest wyrazem uczulenia, lecz odruchem powstałym w organizmie uczulonym na tle wstrząsu. Błędnem by było przypisywanie czynnikom uczulenia zbyt wielkiej roli w każdym przypadku. Wszak nawet w przypadkach, gdzie początkowo czynnik uczulenia grał rolę decydującą, jak np. w astmie sezonowej, pyłkowej, powoli czynnik ten schodzi na plan drugi, dychawica sezonowa zmienia się na całoroczną. Jednak błędnem by było zaniedbywanie tego czynnika i nieuwzględnianie w leczeniu, bo w wypadkach, w których uczulenie odgrywa większą rolę, pozostawienie chorego pod wpływem specyficznego wywoływacza czyni wszelkie leczenie problematycznem, ba nawet zupełnie nieefektywnem, choćby ono było najenergiczniejszem.

Z pojęciem uczulenia łączy się obecnie wysunięte przez Kämmerera pojęcie skazy allergicznej. Jest to niewątpliwą zasługą tego autora zwrócenie uwagi na tło, na którem może powstać uczulenie, podkreślenie, że cechy tu przechodzą granicę normalnych cech konstytucjonalnych ku sprawom już patologicznym, ku skazom. Jednakowoż musimy powiedzieć, że pojęcie „skazy allegicznej", jest pojęciem równie trafnem, jak mało mówiącem. Należałoby tu sięgnąć nieco głębiej w mechanizm powstawania i istotę tych skaz. A nadto czyż każdy przypadek pojedynczego uczulenia można zaraz nazywać skazą? Sądzę, że lepiej nazwę tę zachować tylko dla uczulenia wielorakiego. Nad sprawą tą nie rozwodzę się tutaj zbytnio, omówiłem ją w osobnej pracy*)

Ze względów praktycznych ważne jest jeszcze t. zw. uczulenie względne, t. zn. występujące tylko wespół z innymi czynnikami często nieallergicznej natury. Obserwowałem chorą, która w czasie pogorszenia (status asthmaticus) nie mogła znieść jaj, które przedtem jadła zupełnie bezkarnie. Podobnież mogłem obserwować chorą, która w czasie pogorszenia na tle zetknięcia się ze swoistym wywoływaczem, nie mogła znosić mleka, które zresztą spożywała nawet w większej ilości, również bezkarnie w okresach beznapadowych. Próba skórna na mleko z wynikiem dodatnim w czasie pogorszenia stanu choroby, ujemna w okresie beznapadowym. W praktyce trzeba specjalną uwagę zwrócić na to uczulenie względne, gdyż łatwo ono może ujść uwadze lekarza, choćby z tego względu, że tak niejednolicie występuje, nieuwzględnienie zaś tego czynnika również uniemożliwia racjonalne leczenie.

Teraz pozostaje jeszcze do omówienia kwestja bardzo ważna pod względem praktycznym, a mianowicie jak w praktyce dochodzimy do tego, że dany przypadek polega na uczuleniu i jak znaleźć odpowiedni wywoływacz. Otóż bardzo dużo dać nam tu mogą już same wywiady. Jeśli wywiady lekarskie w każdem schorzeniu są bardzo ważne i stanowią nieraz połowę rozpoznania to w tym wypadku są one nadzwyczaj ważne i muszą być bardzo drobiazgowe, bardzo szczegółowe w poszukiwaniu momentów szkodliwych, zasadniczych i ubocznych.

Do wykrycia antygenu służą próby skórne. O nich już pisałem gdzieindziej (Polskie Arch. Med. Wewn. 1926. IV) więc tu poprzestanę tylko na krótkich uwagach, gdyż sprawa ta od tego czasu nie wiele się zmieniła. Prób używano dwojakich: naskórnych i wśródskórnych. W ostatnich badaniach używałem prób wśródskórnych jako znacznie czulszych. Wstrzykuje się wśródskórnie (najlepiej w skórę przedramienia po stronie wewnętrznej drobną ilość (jedną kroplę) izotonicznego wyciągu substancji, o którą nam chodzi. Po paru minutach występuje bąbel na polu zaczerwienionem, w razie dodatniej próby najmniej 0,5 cm średnicy, o granicach nieregularnych. Bąbel ten po pół godz. znika. Zawsze trzeba porównać wynik próby z próbą kontrolną, gdyż zdarza się, że u bardzo wrażliwych osobników skóra na każdą injekcję wśródskórną reaguje. Są zatem pacjenci, których skóra do prób wcale się nie nadaje.

Wyciągi przygotowywałem według Coca. Wyciągi fabryczne (Lilly Comp. — Indianopolis, Arlington Comp., z europejskich firm Richter) są drogie i psują się łatwo. Do praktyki więc nadają się próby naskórne lepiej, chociaż są znacznie mniej czułe. Wykonuje się je w ten sposób, że odrobinę sproszkowanej substancji kładzie się z kroplą 1/10 N. NaOH na miejsce pozbawione naskórka, (jak przy próbie Pirqueta). Reakcja taka sama, tylko mniejsza występuje 15 minut. Co do wartości tych prób to nie można ich przeceniać, jednakowoż zdanie Storma van Leeuwen, że są one wogóle niespecyficzne, że wykazują tylko wogóle stan allergiczny ogólny, a nie specyficzny wywoływacz, jest stanowczo zbyt surowe. Z drugiej jednak strony wyniki tych prób trzeba brać z bardzo wielką rezerwą. Próby ujemne nie wykluczają istnienia uczulenia, próba dodatnia zaś nie jest tak bezwzględnym pewnikiem dowodzącym istnienia uczulenia. Niektóre ekstrakty, zwłaszcza te, które i przy faktycznem uczuleniu wywołują specjalnie wielką reakcję, np. ekstrakty z włosów, sierści i piór, łatwiej wywołują reakcję nieswoistą, zapewne wskutek pewnej zawartości jakiejś substancji drażniącej lekko skórę, co przy specjalnej wrażliwości skóry, jaka istnieje w schorzeniach allergicznych, wywo-

---

*) P. G. L. 1928. Nr. 46, 47, 48.

łuje pseudo dodatni wynik. Stopień reakcji nie dowodzi stopnia uczulenia.

Co do substancji, które tu wchodzić mogą w grę, to trzeba zaznaczyć, że niemal każda substancja białkowa, a jak nowsze badania autorów amerykańskich (Coc i in.) dowodzą, także i niebiałkowa może być wywoływaczem. Niektóre jednak występują specjalnie częściej. Podzielmy te wywoływacze według grup:

1. Produkty spożywcze, wśród nich stosunkowo najczęściej obok poziomek, raków, ryb, które bardzo często wywołują idiosynkrasję, jaja, mleko, pszenica, kapusta, kartofle, owsianka, z mięs przedewszystkiem wieprzowe, rzadziej wołowe. Na ogół astma pokarmowa w statystyce uczulenia stoi na ostatnim planie.

2. Pierze: przedewszystkiem gęś i kura.

3. Włosy i sierść: przedewszystkiem koń, potem kot, pies, ja spotykałem wełnę owczą.

4. Pyłki roślinne: przedewszystkiem Poa pratensis, Phleum pratense, (tymotka) Ambrosia elatior, pozatem rośliny i drzewa wiatropylne: brzoza, wierzba i t. p.

Dla uproszczenia prób możemy urządzić ekstrakty grupowe, mieszaniny ekstraktów według grup wyżej podanych, lecz taki sposób postępowania jest mało dokładny.

Oprócz wyżej wymienionych wchodzić tu mogą w grę leki, jak Ypecacuana, a wśród barwików ursol używany do farbowania futer. Na koniec podnieść muszę, że tak według naszych badań, jak i doniesień niektórych autorów allergenem może być kurz domowy. Wykryli to bracia Leopold a potwierdził cały szereg autorów amerykańskich i europejskich, Stern van Leewen opierając się na tem wywodzi swą teorję o miazmatach. Jak z przytoczonych niżej naszych przykładów wynika, kurz ten jest swoisty dla pewnych mieszkań i że jako wywoływacz odpowiada wszystkim cechom specyficznego wywoływacza: usunięcie chorego z mieszkania danego pociąga za sobą po pewnym czasie ustąpienie napadów, powrót chorego do mieszkania wywołuje nawrót napadów. Próba skórna wybitnie dodatnia. Na skórze zdrowego wywołują coprawda dane wyciągi czasem lekko reakcję, lecz tylko bardzo lekką i wybitnie nieswoistą. Odczulenie udaje się. Nadto udało nam się przypadkowo stwierdzić, że wstrzyknięcie zbyt dużej dawki wyciągu wywołuje napad.

Chory K. P. lat 20, zegarmistrz. Przyjęty na klinikę w stanie stanu dychawiczego. Chory na dychawicę oskrzelową od dzieciństwa, napady bardzo gwałtowne, trzy razy w tygodniu, a nawet częściej. W ostatnich czasach napady występują prawie codziennie, chory niezdolny do pracy. Badanie objektywne wykazuje: chory niski, niedorozwinięty, typ wybitnie asteniczny, z lekką domieszką elementu tarczycowego. Głowa i szyja bez wyraźnych zmian, klatka piersiowa dość długa, rozszerzona w przednio tylnym wymiarze. Płuca: nad szczytami lekkie przytłumienia, granice dolne znacznie obniżone, przysłuchem bardzo liczne świsty astmatyczne i furczenia, wydech znacznie przedłużony. Brzuch, kończyny dolne bez zmian. Serce, zmian nie wykazuje. Chory przebywał w klinice czas dłuższy, w pierwszych dniach pobytu prawie stała duszność, która później zaczęła ustępować, kiedy niekiedy jednak powtarzały się jeszcze bardzo silne napady. Po trzech tygodniach mniej więcej napady ustąpiły, chory przez blisko $1^1/_2$ miesiąca czuje się zupełnie dobrze. U chorego zaobserwowaliśmy szereg momentów wywołujących, między innemi uczulenie na kurz domowy. Próba skórna wybitnie dodatnia. Sporządzono wyciąg z tegoż kurzu w rozcieńczeniu mniej więcej 1:1500. Rozpoczęto leczenie specyficzne od 0·1 tego wyciągu. Chory na szereg injekcji nie reagował. Przy ilości 0·8 tegoż wyciągu zaraz po injekcji wystąpiła lekka duszność, która szybko ustąpiła, natomiast w nocy wystąpił napad, mimo, iż chory od dłuższego czasu już od napadów był wolny. Następną dawkę zmniejszono znacznie. Chory znowu przez dłuższy czas czuł się dobrze. Jednakowoż nie zgodził się na długie leczenie, wrócił do domu. Po paru dniach zgłosił się ponownie w stanie ciężkim. Przyjęty ponownie na klinikę przez przeciąg 5-ciu dni wykazywał stan dychawicowy, który powoli ustąpił zupełnie.

Chora Z. R., L. p. 532, lat 27, nauczycielka. Przyjęta na klinikę w stanie dychawicowym. Chora na dychawicę oskrzelową od lat 6-ciu. Pierwszy napad według podania chorej wystąpił w związku z przeziębieniem. Napady bardzo gwałtowne, przedłużające się na kilka dni. Ostatnio od dłuższego czasu stan dychawicowy ze zmiennem nasileniem. Duszność stale się utrzymuje. Chora wzrostu średniego, budowy kośćca delikatnej, odżywienia podupadłego, skóra blada. Typ o dużej przymieszce cech tarczycowych. Głowa i szyja bez zmian. klatka piersiowa długa, dość płaska, płuca nad szczytami lekkie przytłumienie, granice płuc znacznie obniżone, przysłuchem brdzo liczne świsty i furczenia typowe dla astmy. Serce w granicach prawidłowych, akcja serca lekko przyśpieszona. Brzuch, kończyny dolne bez zmian. Chora po 4-ch dniach pobytu na klinice, nawet bez specjalnego leczenia duszność straciła. Przez przeciąg 3-ch tygodni ani razu napadu nie miała. Leczona farmakologicznie. Po powrocie do domu natychmiast wybuchł napad i duszność stale trwająca. Chora wróciła na klinikę aby znowu po trzech dniach mieć się dobrze. Próba skórna z wyciągiem z kurzu mieszkaniowego jej mieszkania prywatnego wybitnie dodatnia. Zastosowano leczenie swoiste. W ciągu leczenia po dawce 1 cm wyciągu 1:1500 natychmiast lekka duszność, w nocy słaby napad, mimo, iż chora od dawna była wolna od napadów. Leczenie dalsze specyficzne z wynikiem dodatnim.

Chory L. F., lat 18, uczeń, chory na dychawicę, od lat 3-ch. Chory podaje, iż miewa bardzo częste napady dychawicy a nieraz stany astmatyczne, kiedy znajduje się w domu swego ojca (krawca z zawodu). Jest wolny od napadów we Lwowie. Chory przyjęty na klinikę, po 2-ch dniach stracił duszność. Badanie wykazuje: Chory wzrostu średniego, budowy kośćca silnej, odżywienia miernego, usposobienie wykazujące pewną nadwyżkę elementu tarczycowego. Zresztą cechy typu mięśniowego. U chorego wykryliśmy uczulenie na wełnę. Ponadto okazało się, że chory był uczulony też na kurz domowy, specjalnie z warsztatu ojca. Chory ilekroć wdziewał kożuszek, dostawał napadów. Leczeny specyficznie z efektem dość dobrym. W ciągu obserwacji dla eksperymentu kazano choremu chodzić przez parę godzin w owym kożuszku. Chory odrazu począł się skarżyć na lekką duszność, mimo, iż przdtem czuł się zupełnie dobrze. W nocy wystąpił napad.

W wyżej przytoczonych przykładach występuje wybitnie objaw, na który zwrócić należy specjalną uwagę, a mianowicie, że napad nie występuje zaraz bezpośrednio po zetknięciu się z wywoływaczem, ale dopiero w pewien czas np. po paru godzinach, w nocy, gdy zajdą zmiany w ustroju do napadu usposabiające. Z drugiej strony po usunięciu swoistego bodźca nie odrazu ustępują napady. Czy to dlatego się dzieje tak, że może pozostają jeszcze drobniutkie części wywoływacza pozostają czas jakiś na błonie śluzowej oskrzeli i stąd mogą wywierać swój antygeniczny wpływ i dopiero po paru dniach płuca się z tego oczyszczają przez plwocinę, czy może dlatego, że raz zaburzona równowaga wegetatywna dopiero po pewnym czasie wrócić może do normy.

2) Już wyżej wspominałem, że przypadki uczulenia na kurz domowy stanowią podstawę teorji miazmatów Storma van Leeuwen. Teorja ta jest szeroko omawiana w monografjach innych autorów jak np. Kämmerera, tutaj więc nie będę się nad tem rozwodzić. Ponieważ jednak według Stoma v. L. aż 90% przypadków dychawicy oskrzelowej podlega tym klimatycznym allergenom, a wogóle sprawa ta przedstawia bardzo wiele ważnych i ciekawych szczegółów, nie można jej zupełnie milczeniem pominąć. Autor ten opiera się na tak często spostrzeganym fakcie, że chory na dychawicę oskrzelową w jednej miejscowości ma się całkiem źle, a w drugiej zupełnie jest bez napadów. Na podstawie swych dokładnych badań stwierdził, że są pewne miejscowości, w których każdy astmatyk ma się gorzej i w których przypadki astmy są stosunkowo bardzo częste: a na odwrót są miejscowości np. Davos, St. Moritz, gdzie astma jest prawie nieznaną i gdzie prawie każdy astmatyk czuje się bardzo dobrze. Tu niewątpliwie w wyżej wymienionych miejscowościach działa do pewnego stopnia i wysokie położenie i klimat, ale jest cały szereg miejscowości, absolutnie nie różniących się pod względm klimatycznym, nawet blisko obok siebie położonych, z których jedna działa źle, a druga dobrze. Tak, że różnicy tej nie możemy sobie tłumaczyć jedynie tylko względami klimatycznymi. Dalej stwierdził on, że przyczyna tego leży w obecności pewnych substancyj zawieszonych w powietrzu, które on nazywa miazmatami. Substancje te związane są albo tylko z danem mieszkaniem (allergen B) albo z daną miejscowścią (allergen A). W przypadkach działania allergenu B umieszcza danego chorego w pokoju hermetycznie zamkniętym, dokładnie oczyszczonym z pyłu domowego, na pościeli bardzo czystej często zmienianej sterelizowanej, ponieważ przekonał się, że nierzadkim powodem dychawicy są pewne pilśnie rosnące np. w materacach. Do komór takich powietrze jest doprowadzone z zewnątrz czyste i przez specjalne filtry przepuszczane. Umieszczenie chorego w takiej komorze uwalnia go odrazu od napadów. Autor holenderski rozporządza już obecnie szerokiem doświadczeniem pod tym względem.

W przypadku działania allergenu A. konstrukcja takiego pokoju hermetycznego musi być znacznie zawilsza, oczyszczanie powietrza z owych klimatycznych allergenów zawieszonych w powietrzu zewnętrznem musi być specjalnie drobiagowe i skrupulatne, a więc wymagające całego szeregu filtrów i skomplikowanych urządzeń. Autor czynił wyciągi z tych filtrów, na których zatrzymują się owe miazmaty. Leczenie odczulające temi wyciąga-

mi pozostawało zawsze bez efektu, nawet przeciwnie w pewnem procencie przypadków spowodowało nawet pogorszenie i to czasem nawet stalsze przez 2—3 miesięcy się utrzymujące. Reakcja na zbyt wysoką dawkę występowała nieraz dopiero po pewnym czasie np. w nocy i bez reakcji lokalnej. Na podstawie tych spostrzeżeń przychodzi autor do przekonania, że owe allergeny mają charakter zdecydowanie odmienny od zwykłych wywoływaczy i przypuszcza ewent. pierwotną toksyczność tychże. Do określenia czem są owe miazmaty cofa się do pojęcia podanego jeszcze przez Claud Bernarda: „Substances d'origine vegetal ou animal". Muszę tu jednak podnieść, że owe spóźnione reakcje spotykałem wiele razy przy zupełnie typowej nadwrażliwości uczuleniowej, przy zupełnie ściśle zdefiniowanym wywoływaczu, nie tylko przy dychawicy oskrzelowej, lecz także i przy pokrzywce. Dalej widziałem, że wyciąg z pyłu mieszkaniowego (allergen B) wywoływał zupełnie wybitne reakcje lokalne — próby skórne. Leczenie temi wyciągami czasem odnosi jednak pewien skutek, jak w jednym z wyżej przytoczonych przypadków. Brak efektu tego leczenia nie dowodzi jeszcze niczego, gdyż jak obecnie wiadomo, leczenie swoiste tak często tutaj zawodzi, nawet przy zupełnie typowem uczuleniu. Zamykanie chorego w hermetycznym pokoju usuwa go także z pod wpływu całego szeregu bodźców fizycznych, które tu niewątpliwie nieraz odgrywają ważną rolę. W przypadkach uczulenia na kurz domowy wystarczy chorego przenieść tylko do drugiego mieszkania, zbyt więc kosztowne urządzenia są tu niepotrzebne. Specjalne zaś komory dla allergenu A. są bardzo kosztowne. Dają coprawda znaczną ulgę chorym, którzy nieraz w inny sposób są bardzo oporni na leczenie. Jednakowoż dodatnie działanie trwa tutaj tak długo, jak długo chory się w takiej komorze znajduje, po wyjściu z niej wszystko wraca na nowo. Na urządzenie takie nie każdy zakład może sobie pozwolić ze względów finansowych, tembardziej, że efekt takiego leczenia jest tylko przejściowy.

Na koniec muszę podnieść, że nieraz już okazało się, że przyczyną różnego zachowania się dwóch miejscowości było zupełnie ściśle zdefiniowane uczulenie, obecność wywoływacza w jednej, a nieobecność w drugiej miejscowości, jak np. w jednym z wyżej przytoczonych przypadków. 3) Wogóle natura tych miazmatów jest jeszcze dotychczas zbyt teoretyczna. Cała ta sprawa wymaga jeszcze dalszych badań i potwierdzenia także ze strony innych autorów.

Odnośnie do odczynu na bodźce fizykalne, Duke w szeregu artykułów i w swej monografji rozwija teorję „allergji fizykalnej". Autor ten zauważył, że światło słoneczne i to jak się okazało przedewszystkiem promienie fjołkowe i pozafjołkowe wywoływały w dwóch przypadkach typową pokrzywkę ograniczoną tylko do miejsca działania tychże promieni. Później zwrócił on uwagę także i na inne bodźce fizykalne, na ciepło, na zimno, które mogą, jak się okazało wywoływać pokrzywkę, a nawet astmę. Interesujące są przypadki przez niego opisywane, gdzie jeden z tych bodźców był nawet jedynym niejako swoistym bodźcem. Mechanizm tego zjawiska jest niejasny. Tłómaczy on sobie to zjawisko ewentualnem istnieniem jakichś ciał chemicznych, czułych na te bodźce, ciał, któreby się znajdowały we krwi (coś w rodzaju hematoporfiryny, czułej na światło) względnie jakichś ciał chemicznych czułych na zimno, jak np. przy hematoporfirynurji. Dalej przypuszcza, że może przy lokalnej reakcji na skórze np. po naświetleniu powstaje jakieś wadliwe ciało pierwotnie toksyczne, lub jakieś ciało, do którego organizm się uczula, a które powstaje przy każdem następnem naświetlaniu, czy innym bodźcu i działa już jako wywoływacz. Otóż jeśli chodzi o bodźce świetlne, to znamy ich własności chemiczne i tego rodzaju mechanizm nie jest wykluczony w pewnych razach.

Dok. nast.

SPRAWOZDANIA POGLĄDOWE.

Dr. Norbert PRAEGER. Lwów.

Obecne kierunki w psychjatrji *).

Z Zakładu dla umysłowo-chorych w Kulparkowie
Dyrktor: Dr. Józef Bednarz

Pierwszy etap psychjatrji, który z chaosu objawów produkowanych przez chorą duszę, wyrąbywał pierwsze ścieżki poznania, minął. Objawy obłożono nazwami, złączono je w zespoły, na podłożu zespołów wyrosły jednostki chorobowe, które Kraeppelin ujął w ramy ogólnej systematyki klinicznej.

Miejsce, czysto opisowego ujmowania zjawisk chorobowych, zajęło obecnie psychologiczne wnikanie i rozkładanie zjawisk. Psychjatrja „szkiełka i oka", dla której przedmiotem badania były tylko objawy dostrzegane zmysłami obserwatora, dające się czasami nawet zmierzyć odpowiedniemi aparatami, lub co więcej, ująć w ścisłe cyfry, lub wykresy krzywych, znalazła swoje uzupełnienie w psychjatrji „od wewnątrz", dla której przedmiotem badania są tylko jakości bezpośrednio przez chorego przeżywane. Postacią sztandarową tego kierunku nazwanego fenomenologicznym jest Jaspers, wyznanie zaś wiary fenomenologicznej, zawarte jest w jego ogólnej psychopatologji.

Fenomenologja usiłuje przedstawić sposób w jaki poszczególne objawy chorobowe jak omamy, urojenia, poczucie własnego „ja" i jego odchylenia chorobowe i t. p. dane są bezpośrednio świadomości chorego, który je przeżywa i uzyskuje tą drogą ułamki, elementy chorobliwie zmienionego życia duchowego (rozumienie statyczne, czyli właściwa fenomenologja), następnie przechodzi do całości przeżywanej treści duchowej i usiłuje zrozumieć wynikanie, wypływanie jej z treści wogóle kiedykolwiek przeżytych (rozumienie genetyczne, czyli wyjaśnianie psychologiczne).

Wnikając w głębię istotnego przeżycia, wyświetla pewne obrazy od wewnątrz i tak n. p. znajduje podłoże objektywnie stwierdzonej gonitwy myśli w subjektywnie przez chorego przeżytem uczuleniu napierania myśli, które z kalejdoskopową szybkością przelewają się przez jego świadomość. Postępując tą drogą nie zatrzymuje się na samej tylko treści urojenia, która dla fenomenologa, jest czemś wtórnem, poprzedzonem, pierwotnem przeżyciem urojeniowem (primäres Wahnerlebnis). Rozumiemy za Jaspersem, jak chory wytwarza sobie urojenie, jako nowy ląd stały, w mrozu niesamowitej grozy i tajemniczych zmian, w które go wepchnął pierwotny nastrój urojeniowy (primäre Wahnstimmung).

Rozumiejąc genetycznie, kierunek fenomenologiczny doszukuje się związków psychicznych w szarem życiu codziennem, analizuje rozwój popędów, namiętności, zapatrywań na świat i życie, wykazuje jak pewne ogólno ludzkie znamiona psychiczne, wynikają z codziennej cichej walki jednostki ze społeczeństwem, które jej narzuca swoje prawa, wreszcie usiłuje wtargnąć w tajemnice treści życia psychotycznego, które w świetle psychologicznego badania, okazuje się źwierciadłem odbijającem indywidualne popędy, namiętności, nadzieje, obawy i życzenia chorego i wykazuje równocześnie swą zależność od epoki historycznej i kulturalnej, w której osobnik żyje i od środowiska z którego pochodzi.

Djagnoza jest dla kierunku fenomenologicznego czemś ostatniem w łańcuchu poznania psychjatrycznego. Właściwym celem, do którego w każdym przypadku należy zmierzać jest zrozumienie struktury psychologicznej. Struktura zaś psychologiczna rozsadza ciasne ramy, w które ją chce wtłoczyć systematyka kliniczna Kraeppelina. Systematyka kliniczna jest dla Jaspersa czemś sztucznem, nieopartem na realnych podstawach, albowiem żadna jednostka chorobowa nie spełnia tych warunków, któreby ją czyniły ściślą i odgraniczały od innych.

Tymi warunkami są: 1) Ta sama przyczyna, 2) jednakowa podstawowa forma psychologiczna, 3) identyczny rozwój i przebieg, 4) to samo zejście i ten sam obraz anatomiczny mózgu. Wszystkich tych warunków nie spełnia żadna z jednostek Kraeppelinowskich. Kraeppelin swą systematykę oparł na jednej lub kilku z wymienionych cech. W niedowładzie postępującym wysunął czynnik etjologiczny i obraz anatomiczny mózgu, w otępieniu wczesnem (dementia praecox) i psychozie posępniczo-szałowej (psychosis maniacalis-depressiva), gdy zawiodły kryterja etjologiczne i anatomiczne, przesunął punkt ciężkości na stronę psychologiczną i na przebieg. Bleuler oparłszy się głównie na czynniku psychologicznym, w miejsce Kraeppelinowskiego otępienia wczesnego (dementia praecox) wprowadza swoją schizofrenję, ale rozciągając jej granicę wprost w nieskończoność, staje się przedmiotem uzasadnionej krytyki. Szeroki krąg schizofrenji usiłuje znów zacieśnić Willmanns uwzględniając głównie przebieg (wyleczenie lub nie). W efekcie mamy ciągłe wahanie i płynność granic.

Głównym przedmiotem ataku fenomenologów jest probierz anatomiczny. Zdaniem Jaspersa wogóle nie znaleziono dotychczas równoległości między objawami psychicznemi a zmianami anatomicznemi. Wszelkie teorje oparte na anatomji, jak n. p. teorję Wernickego, określa Jaspers jako „mitologję mózgową". Zdobycze neurologji zawarte w nauce o apraksjach, afazjach i agnozjach, wykazują tylko, że są uszkodzone instrumenty, którymi dusza się

---

*) Odczyt wygłoszony na Akademji ku czci ś. p. Prof. Dra Hornowskiego dnia 22 grudnia 1927 roku.

uzewnętrznia, a nie pozwalają na wyciąganie jakichkolwiek wniosków o stanie samej duszy. Objawy psychiczne nie są symptomami neurologicznemi, a dla takiego Schneidra nigdy niemi nie będą, ponieważ radzi on odrzucić poza granice „czystej" psychjatrji, wszelkie te psychozy, dla których w przyszłości znajdzie się podłoże anatomiczne.

Obecnem zadaniem psychjatrji jest wedle Jaspersa strukturalne opracowanie każdego przypadku z osobna, typy zaś pod względem struktury siebie bliskie, radzi on zbierać razem i tą drogą dojść do „konstrukcyjnej typologji" w miejsce dotychczasowej systematyki klinicznej.

Fenomenologja śledzi objawy życia psychicznego tylko w granicach świadomości. Życia psychicznego nie można jednak zacieśnić do tak wąskich ram. Wszak już w r. 1893 i 1894 Janet w swych pracach „Etat mental des hysteriques i Quelques definitions recentes de l'hysterie", wskazuje na objaw rozszczepienia świadomości i tworzenie się samodzielnych, odszczepionych grup psychicznych, co w przypadkach o większem nasileniu prowadzi wprost do podwójnej świadomości, do „double conscience". Freud w sposób systematyczny wypracowuje pod względem topicznym i dynamicznym pojęcie „nieświadomego" (das Unbewusste) i jego znaczenie w codziennem i patologicznie zmienionem życiu duchowem. Tworzy specjalną metodę psychoanalityczną, która posługując się wolnem kojarzeniem i badaniem snów („via regia" ku nieświadomemu) i wkracza w tę dotychczas nieznaną, dziewiczą krainę naszego życia psychicznego i idąc niejako od korzeni, z głębi (Tiefenpsychologie), usiłuje wyjaśnić tajemnicę mechanizmu nerwicowo-psychotycznego.

W poszczególnych fazach rozwoju psychoanalizy, zmieniały się zapatrywania Freuda na istotę tego mechanizmu. W pierwotnem ujęciu chorobotwórczo działało tylko i wyłącznie przeżycie o nieznośnym akcencie uczuciowym, które osobnik wypierał (Verdrängung) w nieświadome, o ile w zwykłym procesie myślowym nie potrafił rozwikłać sprzeczności między własnem „Ja" a daną grupą wyobrażeń. Wyobrażenia te działały nadal w nieświadomem i wytwarzały objawy już to drogą konwersji, odszczepiając od tej grupy wyobrażeń afekt i przeistaczając go w innerwację ruchową, przez co powstawała cala skala ruchowych objawów histerji, już to wytwarzały fałszywe spięcie, łącząc odszczepiony afekt z zupełnie obojętnemi wyobrażeniami, które nabierały przez to charakteru wyobrażeń przymusowych.

W obu wypadkach chory miał zysk z swej choroby (Krankheitsgewinn), ostrze nieznośnych wyobrażeń ulegało stępieniu przez oddzielenie od nich afektu.

Ten sam proces wypierania posłużył Freudowi do wytłumaczenia treści pewnej grupy psychoz, które ujął wraz z nerwicami w jedną grupę „neuro-psychoz obronnych" (Abwehrneuropsychosen). W majaczeniach i omamach psychotycznych przeżywał chory ziszczenie tych życzeń i pragnień, które życie codzienne rozwiało w niwecz. W psychozie przychodzi, jak powiada Jung w swej „Psychologie der Dementia praecox", do prawdziwego rozpętania obaw i życzeń trzymanych przez życie normalne na wodzy. Już w tej pierwszej fazie kierunku psychoanalitycznego Freud wyraźnie podkreśla, że przeżyciem, które wpędza osobnika w neurozę, lub psychozę, może być tylko uraz seksualny i to doznany często już we wczesnem dzieciństwie.

W dalszym rozwoju psychoanalizy, przeżycie przestało być tą jedyną siłą popędową, która otrzymuje w ruchu cały aparat nerwicowo-psychotyczny. Psychoanalizę oparł Freud na szerokich podstawach biologicznych. Obok przeżycia pojawiają się jako czynniki kształtujące nerwicę i psychozę: 1) Odchylenia od normalnego rozwoju seksualnego i 2) Popędy egoistyczne zgrupowane dokoła „Ja" osobnika, które mają na celu utrzymać go jako jednostkę, w przeciwieństwie do popędu seksualnego, stojącego na straży utrzymania gatunku. W grze między tymi trzema czynnikami wykluwają się kształty nerwicy i psychozy.

Życie seksualne, wedle Freuda, nie jest identyczne z genitalnem, przechodzi ono w zawiły proces rozwojowy, którego ostatni etap polega na scentrowaniu popędów cząstkowych (Partialtriebe) i poddaniu ich w okresie pokwitania pod władzę organów rozrodczych, dla wykonania funkcji przewidzianej ogólnem prawem biologicznem, któremu na imię — „utrzymanie gatunku".

Rozkosz płciowa nie jest wyłącznym udziałem i monopolem dorosłych, przeżywa ją i osesek i dziecko w poszczególnych fazach rozwoju organizacji seksualnej, jak autoerotyczna i sadystyczno-analna. Źródłem rozkoszy jest ssanie, oddawanie moczu, kału, agresja i t. p. Zmieniają się też przedmioty, na których osobnik zaspokaja swój głód rozkoszy (libido). Własna osoba jest pierwotnie przedmiotem, na którym zaspokaja się głód rozkoszy — fazy autoerotyczna i narcystyczna — później po przez okres homoseksualny osobnik dochodzi do zaspokajania swej miłości na osobie płci przeciwnej. Przejściowo przedmiotem miłości płciowej są właśni rodzice (kompleks Edypa).

W każdym procesie rozwojowym mieści się możliwość niedorozwoju. Podobnie, jak u hordy koczowników, powiada Freud, która zmienia miejsce pobytu, odszczepiają się po drodze mniejsze grupy i znaczą w ten sposób kierunek pochodu, tak i popęd płciowy w marszu na nowe pozycje, może dojść do celu osłabiony o pewną swoją cząstkę która zatrzymała się na starych okopach. Osobnik pewną częścią swojego popędu tkwi wtedy n. p. w narcyźmie, czyli posiada, używając terminologji Freudowskiej, uwięzienie w narcyźmie (Fixierung im Narcissmus). Uwięzienie to pozostaje w nieświadomem (wyparcie pierwotne = Urverdrängung) a odżywa dopiero w objawach nerwicy, lub psychozy.

Zdobycie rozkoszy a unikanie przykrości (zasada rozkoszy, Lustprinzip) to jedyne prawo, któremu podlega popęd płciowy; popędy zaś egoistyczne ugięły się pod młotem życia realnego, dążą również do uzyskania rozkoszy, ale nie za wszelką cenę. Gdy uzyskanie rozkoszy połączone jest z nadmiernemi ofiarami, raczej cofną się z rezygnacją, kierują się więc zasadą realności (Realitätsprinzip).

Sam uraz reprezentowany zawsze i tylko przez zawód w życiu seksualnem, w nowem ujęciu F r e u d a nie wystarcza do wytłumaczenia mechanizmu nerwicy i psychozy. Na arenę wchodzą dwaj nowi partnerzy: uwięzienie w wcześniejszej fazie rozwoju, jako czynnik konstytucjonalny i popędy egoistyczne, które posłuszne wymaganiom życia realnego, będą próbowały zatrzymać popęd płciowy w jego locie ku rozkoszy.

Mechanizm przedstawia się następująco:

Jako bezpośrednia przyczyna wywołująca neurozę lub psychozę, występuje zawód w życiu seksualnem. Chuć odprawiona przez życie z kwitkiem, wierna swej linji kierunkowej, polegającej tylko i wyłącznie na szukaniu rozkoszy, cofa się tam, gdzie nie było przeszkód do wyżycia się, ucieka ku dziecięcym fazom rozwojowym życia seksualnego. Gdy zaś popędy egoistyczne założą „veto", usuwa się z pod ich władzy ucieczką w nieświadome i usiłuje znaleźć formę kompromisową, któraby godziła interes własny z zastrzeżeniami wysuwanemi przez popędy egoistyczne. Wyrazem tej formy kompromisowej jest objaw chorobowy, który reprezentuje zniekształcone przez zagęszczenia i przesunięcia, tendencje obu partnerów.

Poglądy te zużytkował F r e u d dla wytłumaczenia nietylko nerwic, ale mają one być wedle niego kluczem do zrozumienia mechanizmu t. zw. wielkich psychoz jak paranoia i dementia praecox.

L i b i d o w poszukiwaniu za przedmiotami, jak już wiemy, przechodzi po przez fazę autoerotyczną, narcystyczną i homoseksualną, do przystani heteroseksualnej. Wraz z osiągnięciem tejże, tendencje homoseksualne nie zostają całkiem zastanowione, ale łączą się z pewną częścią popędów egoistycznych i z niemi razem wytwarzają popędy społeczne, jak przyjaźń, miłość bliźniego i t. p.

Gdy życie zgotuje zawód, popęd homoseksualny wyzwala się z pod służby dla celów społecznych, usiłuje się wyżyć, ale natrafia przy tem na opór popędów egoistycznych. Dla odparcia tendencyj homoseksualnych powstaje urojenie prześladowcze, w którem pożądana osoba tej samej płci otrzymuje rolę prześladowcy.

Osobnik przeciwstawia się swemu „kocham go" proklamując głośno „nienawidzę go" przyczem jak zawsze w mechaniźmie paranoidalnym, przyczyna tej nienawiści szukana jest nie w sobie, tylko na zewnątrz, (mechanizm projekcji) stąd dodatek nienawidzę go, b o o n m n i e p r z e ś l a d u j e. Homoseksualizm stoi bliżej narcyzmu, niż wyboru heteroseksualnego, przy próbie odparcia tendencyj homoseksualnych ułatwiona jest więc regresja do narcyzmu przy istniejącem a priore uwięzieniu w narcyzmie. Powrót do narcyzmu znajduje swój wyraz w urojeniu wielkościowem, które ma wszak swój odpowiednik w zwykłem i znanem z życia codziennego przecenianiu wartości i znaczenia przedmiotów miłości. Przedmiotem miłości narcystycznej jest własne „ja" w efekcie mamy urojenie wielkościowe.

Formuła psychoanalityczna dla paranoji brzmi więc: regresja od „przesublimowanego" homoseksualizmu do narcyzmu, przy dementia zaś praecox idzie jeszcze bardziej w tył, bo aż do autoerotyzmu, stąd tak częste smarowanie się moczem i kałem u chorych tego typu.

Istnieją też próby tłumaczenia urojeń małości i tendencyj samobójczych u melancholików narcystycznem utożsamieniem się z osobą, która sprawiła zawód miłosny choremu. Chory więc w swych urojeniach pomniejsza a w próbach samobójczych usiłuje zabić przedmiot swej dawnej miłości, który utożsamił ze sobą.

Kierunek psychoanalityczny zrazu był przedmiotem ataków prowadzonych zawzięcie i z zaślepieniem. Wszystkie zdobycze psychoanalizy potępiono w czambuł. Czas ten, w którym zapatrywania analityczne poczytywane były za herezję, już bezpowrotnie minął. Czysto psychologiczne wyniki psychoanalizy cieszą się dzisiaj szerokiem uznaniem, nieświadome zyskało prawo obywatelstwa, coraz częściej mówi się o wypieraniu, o ucieczce w chorobę (Flucht in die Krankheit) i o zysku z choroby (Krankheitsgewinn). Po dziś dzień jednak wysuwane są ważkie zastrzeżenia przeciwko jednostronnemu przecenianiu czynnika seksualnego w etjologji nerwic i psychoz, przedmiotem zaś szczególnie gorącej krytyki jest biologiczna część psychoanalizy, jak rozwój organizacji seksualnej i uwięzienie w wcześniejszych fazach rozwoju, które dla Freuda są nieodzownym warunkiem powstania nerwic i psychoz. Przyszłość dopiero okaże, ile z tych koncepcyj biologicznych wytrzyma próbę życiową.

Zasługa wprowadzenia psychoanalizy w psychjatrję, że tak powiem uniwersytecką, przypada w udziele Bleulerowi, który nie patrząc na pierwszą fazę oburzenia, udowodnił w swej monografji o schizofrenji, że można zdobycze psychoanalizy wprowadzić w psychjatrję, nie przyjmując równocześnie zapatrywań Freudowskich w całej ich rozciągłości.

Zadaniem psychoanalizy jest badanie nieświadomego, gdziekolwiek się ono tylko przejawia. Przedmiotem badania są więc nietylko objawy nerwicy i psychozy, ale równie dobrze przejawy nieświadomego w życiu codziennem w snach i pomyłkach, w życiu społecznem, w historji kultury, sztuce, w folklorze i w dowcipie, w psychologji narodów prymitywnych, w mitologji i t. p. Na tych badaniach pośrednio zyskała i psychjatrja „ortodoksyjna", negująca zupełnie istnienie nieświadomego. I tak przeprowadził ostatnio Storch ciekawą analogję pomiędzy sposobem myślenia i przeżywania ludzi pierwotnych i schizofreników. Okazało się, że istnieje wiele cech wspólnych. Wspólne jest dla obu t. zw. myślenie kompleksowe, którego właściwością zasadniczą jest brak wyraźnych granic między „Ja" a światem zewnętrznym, między przedmiotem a słowem, które je reprezentuje, duża ilość symboli i t. zw. cechy magiczne, jak wiara w działanie na odległość, wiara w wszechpotęgę słowa i życzenia, którego wypowiedzenie równa się prawie ziszczeniu i t. p.

Psychoza i jej objawy były do niedawna jedynym przedmiotem badania. Po za te granice wyłamał się kierunek konstytucjonalny i jego czołowy reprezentant Kretschmer. Opuścił mury szpitali i klinik, zapożyczył metody badania od antropologji i biologji i uzbrojony w dużą dozę wnikliwości psychologicznej, rzucił zdanie, że dla konstytucyjnego sposobu ujmowania zjawisk, psychozy nie są odgraniczoną wyspą w morzu duchowego życia ludzkiego, ale są tylko punktami węzłowemi, wplecionemi w szeroko rozgałęzioną sieć cielesno-charakterologicznych związków konstytucjonalnych.

Budowa ciała i charakter osobnika normalnego stoją w pewnej korelacji, psychozom odpowiadają pewne typy somatyczne, istnieje most między życiem normalnem a psychotycznem, jak czerwona nić wiją się przez strumień życia normalnego i psychotycznego, właściwości charakteru związane z pewną budową ciała.

Istnieją wedle Kretschmera niejako dwa normalne biotypy, schizotymicy, z których się rekrutują schizofrenicy i cyklotymicy, którym po stronie psychotycznej odpowiadają chorzy z grupy manjakalno-depresyjnej. Ogniwem pośredniem są schizoidzi i cykloidzi.

Schizotymikom, schizoidom i schizofrenikom mogą odpowiadać trzy typy somatyczne: typ asteniczny, atletyczny i dysplastyczny, cyklotymikom zaś, cykloidom i chorym z grupy manjakalno-depresyjnej, odpowiada budowa pykniczna.

Typ asteniczny znamionują: głowa kształtu skróconego jaja, twarz podługowata szczupła o długim nosie, kontrastującym z brodą, cofniętą w tył. Tułów walcowaty, długa i wąska klatka piersiowa, wąski obwód barkowaty, długie cienkie kości i słabo rozwinięte mięśnie.

Typ atletyczny: głowa kształtu wydłużonego jaja, osadzona na długiej szyi, tułów zwężający się trapezowato ku dołowi, silnie rozwinięta klatka piersiowa, smukłe kończyny i silnie rozwinięte mięśnie; broda wybitnie wykształcona.

Typ dysplastyczny: szereg domieszek eunuchoidalnych, pewne cechy żeńskie u mężczyzn i męskie u kobiet.

Typ pykniczny: głowa kształtu pięciokątnego, tułów beczkowaty, miękkie mięśnie, obfita tkanka tłuszczowa, krótkie kończyny. Rysy twarzy miękkie, twarz szeroka, okrągława.

Pod względem struktury psychicznej widzi się, jak normalne właściwości charakteru schizotymicznego zaostrzają się i nabierają cech karykaturalnych u schizoida a dochodzą do istnej karykatury groteskowej w psychozie schizofrenicznej. Znanemu z życia codziennego osobnikowi mimozowato czułemu, który unika głośnego gwaru życia, wartkim strumieniem płynącego poza oknami jego czterech ścian, który lubuje się w półcieniach i półtonach, odpowiada autysta zakładowy, który z swego życia duchowego zrobił „noli me tangere" i nikomu nie pozwala wtargnąć w uświęcone progi swego życia duchowego. Inny typ zimny i chłodny, opancerzony lodowatą powłoką, mało czuły na ludzkie bole i radości, jest niejako słabszem odbiciem schizofrenika o wyschniętem życiu afektywnem, (affektive Verblödung Kraeppelin, Wurstigkeitsgefühl Bleuler) u którego chyba gdzieś na dnie tlą przygasające iskierki kompleksów.

Podobną skalę przejść mamy między cyklotymikiem a manjakiem mieszkańcem zakładu. Osobnik wyżywający się w środowisku, który na czas ma i łezkę w oku i uśmiech szeroki, pełen werwy i praktycznego zmysłu życiowego, jest pomniejszonym wizerunkiem psychotyka w fazie manjakalnej. Linja zaś znanych z życia codziennego osobników smutnych i dobrotliwych, zbyt silnie uczuciowo się angażujących, bez jakichś ostrych załamań, łagodnie prowadzi w krąg melancholijnych psychotyków.

Badanie w związku między budową ciała a temperamentem, siłą rzeczy wciągnęło w punkt ogniskowy rozważań psychjatrycznych bardzo ważny czynnik, jakim jest charakter. Pod pojęciem charakteru rozumiemy osobowość zacieśnioną do przejawów woli i afektu. Na charakter składa się czynnik konstytucjonalny t. j. temperament i wpływ środowiska, które podłoża konstytucjonalnego wprawdzie zasadniczo nie zmienia, ale uwypuklając jedne a cofając drugie cechy, nadaje surowej bryle konstytucjonalnej określone kształty, powoduje pewne indywidualne ścieniowanie osobowości.

Badanie charakterów rozszerzyło dość znacznie widnokręg poznania psychjatrycznego, wykazało fakt, że niektóre psychozy są niejako hypertrofją normalnego charakteru, zwłaszcza zaś rzuciły snop światła na mechanizm przeistaczania się (inwersji, używając terminu Kretschmerowskiego) przeżyć silnie uczuciowo zaakcentowanych w urojenia.

Okazało się, że charaktery ekspanzywne na pewne przeżycia reagują w sposób dla siebie swoisty, jak cała treść wyobrażeniowa zostaje niejako wessana przez grupę konfliktów z otoczeniem, jak przychodzi do wyładowania na zewnątrz we formie urojeń pokrzywdzenia prawnego, lub urojenia prześladowczego, które wciąga osobnika ekspanzywnego w krąg walki ze wszystkiem i z wszystkimi, walki prowadzonej bezwzględnie po przez wszystkie instancje urządzeń prawnych i społecznych.

Zrozumiemy za Kretschmerem, jak łódź życiowa osobnika senzytywnego o dużych bogactwach duchowych, obdarzonego szeroką skalą odczuwania, miękkiego i równocześnie podżeganego kolcem ambicji po przeżyciu porażki natury seksualnoetycznej, zawinie w przystań psychozy, której na imię „senzytywny obłęd odnoszący" (Sensitiver Beziehungswahn) gdzie ostrze urojenia zwraca się ku własnej osobie, nękanej i szarpanej wyrzutami i lękiem przed odpowiedzialnością za urojone przewinienia.

Kierunki psychologiczne zwracają główną uwagę na treść objawów. Usiłują zrozumieć jak powiada Kleist, dlaczego w omamach chorego nękanego stanami lękowemi i bezradnością, wystąpiła postać anioła pocieszyciela, ale pomijają zupełnem milczeniem pytanie, dlaczego halucynacje wogóle wystąpiły, nie zajmują się zupełnie podłożem materjalnem zjawisk psychicznych.

Stwierdzenie Jaspersa, że dotychczas nie stwierdzono żadnej równoległości między anatomiczną budową mózgu a przejawami duszy, nie wystarcza przyrodniczo myślącemu odłamowi psychjatrów, którzy podtrzymując zdanie Wernickego, że „choroby duszy są chorobami mózgu", w patologji mózgu upatrują bramę wypadową dla wtargnięcia w krąg objawów psychotycznych.

Stara teorja Wernickego, okazała się gmachem opartym na zbyt nikłych podstawach. Samem hipotetycznem podrażnieniem, lub porażeniem ośrodków, lub domniemanem przerwaniem włókien nerwowych żadną miarą nie można wytłumaczyć objawów psychozy. Teorja, jako zbyt ogólnikowa w starej szacie, utrzymać się nie dała. Spełniła jednak swoje zadanie, jako linja kierunkowa dalszych badań, po masowym eksperymencie, jaki przeprowadziły kule karabinowe i naboje armatnie i po doświadczeniach porobionych z nagminnem zapaleniem mózgu.

Stwierdzono omamy wzrokowe przy uszkodzeniach płatu potylicznego. Schilder i Uthoff wykazują, że zmiany w nerwie słuchowym są czynnikiem dysponującym do wystąpienia halucynacji słuchowych. Znane jest ogólnie występowanie omamów wzrokowych u alkoholików, przy nacisku na gałki oczne (dzia-

łanie na nerw wzrokowy). Zaburzenia w mowie schizofreników stawia Kleist obok zaburzeń afatycznych i parafatycznych, zaburzenia ruchowe: hiperkinezje, akinezje, gibkość woskową, stereotypie ruchowe, usiłuje sprowadzić do rzędu objawów striopallidalnych. Jądra podstawowe mają być wedle tego samego Kleista substratem anatomicznym dla osobowości, a to substancja szara dokoła trzeciej komory dla „somatopsyche", czyli „ja wegetatywnego", wzgórek wzrokowy i striato-pallidum dla thymopsyche, (afektywność) i dla autopsyche (charakter).

Kierunek neurologiczny w psychjatrji nie operuje jeszcze ścisłemi i pewnemi danemi. Rozporządza dopiero szeregiem cegiełek, z których jeszcze niejedna zostanie odrzucona i dodana. Neurolog i psychjatra jak powiada Jaspers, są podróżnikami, którzy z dwóch przeciwnych stron wybrali się na zbadanie nieznanego kontynentu i po drodze się rozminęli. Porównanie to tchnie zbyt wielkim pesymizmem. Reprezentanci kierunku neurologicznego w psychjatrji, są pełni nadziei, że znajdzie się kiedyś stacja węzłowa dla obu podróżników. Nie wnikamy tu w bliższe szczegóły, ponieważ kierunek anatomiczny w psychjatrji był tematem odczytu Dra Janusza, wygłoszonego na tej samej akademji.

Bujny rozwój poszczególnych gałęzi psychjatrji nie pozostał bez wpływu na ustosunkowanie się psychjatrów do systematyki Kraepelina i związanego z tem pytania, które pojawia się coraz częściej i coraz uporczywiej w referatach i dyskusjach.

Pytanie to brzmi: czy istnieją poszczególne, od siebie ściśle oddzielone jednostki chorobowe? Czy podział kliniczny nie jest czemś sztucznem, przeszczepionem do psychjatrji z innych działów medycyny?

Fenomenolodzy odrzucają systematykę Kraeppelina, a w miejsce jej radzą wprowadzić konstrukcyjną typologję.

Psychjatra tej miary co Hoche wiarę w istnienie oddzielnych jednostek chorobowych uważa za wypływ ogólno-ludzkiej skłonności do złudzeń.

Bumke erę Kraeppelina uważa za historyczną, którą mamy już daleko za sobą.

„Nihiliści" djagnostyczni są jeszcze na razie w mniejszości, ale zwolennicy systematyki klinicznej zdają sobie jasno z tego sprawę, że utrzymanie jej w dotychczasowej formie jest już wręcz niemożliwe. Wszak już sam twórca systematyki Kraeppelin od dementia praecox oddzielił grupę parafrenji.

System sztuczny będzie musiał ustąpić miejsca naturalnemu podobnie jak to miało miejsce w botanice z systemem Lineusza (Kehrer). Diagnostyka, jak powiada Kretschmer, musi się stać wielowymiarową (mehrdimensionale Diagnostik), sam przekrój poprzeczny odsłaniający duszę już w psychozie, nie wystarczy. Musi się uwzględnić inne czynniki, jak dziedziczność, konstytucja i charakter. Mauz w referacie wygłoszonym na zjeździe psychjatrów południowo-niemieckich, podkreśla wybitnie czynnika konstytucjonalno-biologicznego dla systematyki, ale domaga się równoczesnego uwzględnienia badań z zakresu psychologji, serologji i fizjologji w mózgu.

Na objawach patogenetycznych radzi oprzeć Birnbaum w swej pracy „Aufbau der Psychose" systematykę kliniczną, objawy zaś patoplastyczne, które nie są dane przez proces patologiczny, jako taki, tylko są wynikiem ogólno-ludzkich tendencyj i mechanizmów psychologicznych (czynniki psychodynamiczne i biodynamiczne) zaleca zdegradować do roli pomocniczej.

Rolę czynników biologicznych i zmian patoarchitektonicznych mózgu jako środków posiłkowych, przy układaniu systematyki, podnoszą Vogtowie.

Tak więc wśród polemiki pomiędzy poszczególnemi kierunkami, wyłaniają się dopiero kontury nowej systematyki. Realne kształty nada im dopiero psychjarja „jutra".

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. Gustaw KIMMERLING. Lwów.

Wybiórczy wpływ Pituglandolu przy Ileus e obturatione i przy Ileus paraliticus.

Doświadczenia na zwierzętach.

Wpływ wyciągu z przysadki mózgowej na ruch jelit zauważył bodaj poraz pierwszy W. Blair Bell 1). Dokonał on doświadczeń na królikach i stwierdził, że po zastrzyknięciu wyciągu z przysadki mózgowej króliki oddawały stolec samorodnie. To spostrzeżenie skłoniło go do podjęcia systematycznych badań nad wpływem wyciągu z przysadki mózgowej na wyosobnione jelito, zawieszone w roztworze Ringera. W większości przypadków dodanie tego wyciągu powodowało silne skurcze jelit.

Bayer i Peter 2) odróżniają dwa rodzaje skutku na wyosobnione jelito: pierwszy zmniejsza skurcze mięśni wskutek pobudzenia włókien współczulnych, drugi jest wynikiem pobudzenia włókien nerwowych, związanych ze splotem błony mięsnej jelita (*Plexus myentericus*). W ostatnich czasach Schaefer i Vincent znaleźli dwie substancje czynne: zwiększająca i zmniejszająca ciśnienie krwi.

Katsch 3) wykonał serję doświadczeń na królikach. Wstrzykiwał on wyciągi z przysadki mózgowej dożylnie (w ucho) i zauważył (przez okienko brzuszne) natychmiastowe spotęgowanie ruchu robaczkowego jelit. Lecz w przeciwstawieniu do działania pilokarpiny, wywołującej skurcze niemiarowe, ruchy powodowane wyciągiem z przysadki mózgowej są skoordynowane, aczkolwiek znacznie zwiększone i odtwarzają ściśle ruch robaczkowy naturalny. Równocześnie występuje anemja jelit coprawda przejściowa po której następuje przekrwienie.

Te same rezultaty otrzymano na kocie (4). Wobec powyższego zwrócono się do doświadczeń klinicznych. Lek wydawał się wskazany szczególniej w przypadkach bezwładu jelit (i żołądka).

Wyciąg z przysadki mózgowej istotnie wywierał korzystny wpływ na wszelkie przypadki bezwładu i atonji kiszek, wywołane operacją brzuszną lub ginekologiczną.

W jednym z przypadków zapalenia wyrostka robaczkowego 5) podskórny zastrzyk pituitryny wywołał natychmiastowe wypróżnienie, po sześciodniowym zastoju. Graves zaleca schemat postępowania następujący: wstrzykuje się pierwszą dawkę w 4 do 6 godzin po operacji, zastrzyki te powtarza się w razie potrzeby, w odstępach 4 do 6 godzin.

Zdaniem Klotza 6) stosowanie pituitryny posiada doniosłe znaczenie w przypadkach zapalenia otrzewnej. W istocie najcięższymi objawami tego cierpienia są z jednej strony: porażenia jelit, które zwalczyć można zapomocą zastrzyków wyciągu z przysadki mózgowej.

Wreszcie ten sposób leczenia rokuje w znacznej mierze powodzenie w przypadkach uporczywego zatwardzenia (7). U jednego z chorych wszystkie środki zawodziły. Wstrzyknięto mu wówczas domięśniowo 2 ccm pituitryny, wstrzykiwania dokonywano wolno w ciągu 10 minut. Natychmiastowo rozpoczął się żywy ruch robaczkowy jelit i nastąpiło całkowite wypróżnienie.

Ponieważ w wielu przypadkach pituglandol „Roche" dawał mi świetne wynik postanowiłem przeto wypróbować go na większej ilości chorych.

Miałem niejednokrotnie sposobność przekonać się, że jest to preparat, który specjalnie przy niektórych stanach bezwładu jelit (*Ileus paraliticus*) pochodzenia pooperacyjnego, *Ileus* kałowy (*Kotileus*) powstający wskutek zaczopowania masami kałowemi światła jelita, dalej *Meteorismus*, przy wzdęciach brzucha i najrozmaitszych stanach spazmatycznych jelit oddaje nieocenione usługi. Pituglandol zdaje się mieć specjalnie wybiorcze działanie na mięśnie gładkie i to przedewszystkiem na jelita. Zależnie od rodzaju bezwładu kiszek, jakoteż od nasilenia sprawy chorobowej działanie występuje wcześniej lub później. Przeważnie stwierdzić można już po upływie dwu do trzech godzin wyraźne, dodatnie działanie wstrzykniętego pituglandolu a mianowicie: obfitą flatulencję, powolne ustępywanie bólów brzucha i bardzo przykrych odbijań, zmniejszenie się napięcia powłok brzusznych i nieznośnego uczucia pełności brzucha, uprzednio przyspieszony puls zwalnia się, nudności jakoteż płytki i przyspieszony oddech znika. Czas trwania takiego działania jest również rozmaity, najczęściej potrzeba injekcję pituglandolu powtórzyć kilkakrotnie. Najlepiej zilustruje to kilka niżej podanych przypadków z mojej obserwacji prywatnej:

I. przyp.

P. Michał M., lat 43, zast. naczel. warsztatów P. K. P. we Lwowie zachorował nagle w nocy wśród bardzo ciężkich objawów, a to: wysokiej gorączki, wzdęcia brzucha znacznego stopnia, silnych bólów brzucha, odbijań, zaparcia stolca i wiatrów jakoteż przyspieszenia tętna. Jeden z zawezwanych lekarzy stwierdził Ileus i kazał chorego natychmiast odstawić do szpitala na operację, gdyż objawy stawały się z każdą chwilą groźniejsze. Rodzina jednak zapragnęła zasięgnąć jeszcze jednej porady lekarskiej przed dokonaniem zabiegu operacyjnego i zawezwano mnie. U chorego wykonałem natychmiast wstrzyknięcie 1 ampułki (1 ccm) pituglandolu domięśniowo, poczem zaleciłem gorące kataplazmy na brzuch, w końcu przy pomocy sondy żołądkowej przeprowadziłem tak zwane głębokie płukanie całej kiszki grubej. Wprawdzie po tym zabiegu chory nie miał stolca, wiatry jednak

zaczęły bardzo obficie odchodzić tak, że chory już po godzinie czuł się o wiele lepiej. Bóle zmalały, powłoki brzuszne nie były tak napięte. W 5 godzin później powtórzyłem wstrzyknięcie ponieważ wiatry zaczęły się znowu zatrzymywać. W godzinę po ostatnim zastrzyku chory doznał wypróżnienia bez użycia poprzednio jakiegokolwiek środka przeczyszczającego w ten sposób ustąpiły wszystkie zagrażające życiu symptomy Ileusu. Wobec tego chory pozostawał nadal w leczeniu domowem i po kilku dniach wstał zupełnie zdrów.

II. przyp.

P. baronowa Henryka de S., lat 77, cierpi już od kilku lat na Parkinzona. Objawy tej choroby wzmogły się ostatnio do tego stopnia, iż chora pozostaje ciągle w łóżku. Towarzyszy temu stały *Meteorismus* o charakterze habitualnym. Napięcie powłok brzusznych jest bardzo wielkie, gdyż jak wiadomo przy chorobie Parkinzona napięcie mięśni wzmaga się. Podawane były najrozmaitsze środki przeczyszczające jednak bez większego skutku, ponieważ wzdęcie brzucha utrzymywało się stale w jednakowem nasileniu.

W ostatnich czasach objętość brzucha wzrosła do tego stopnia, że rodzina wyrażała słuszną obawę, iż „brzuch może pęknąć". Chorej przepisywano w większej ilości węgiel zwierzęcy, który jednak nie wiele zmienił w obrazie chorobowym. Celem zwiększenia oddawania gazów założono chorej dren gumowy do odbytnicy, który stale leżał, jednak mimo wszystko stan chorej z dnia na dzień się pogarszał, zwłaszcza na skutek jednej z ostatnich ordynacji t. j. masaży powłok brzusznych celem zwiększenia flatulencji.

Przy chorobie Parkinzona wzrasta sztywność mięśni w związku ze wzmożeniem się ruchów mięśni tak, że na skutek tych masaży wzdęcie a tem samem i powłoki brzuszne stały się więcej oporne i napięte. Ponieważ przy podobnych stanach stosowałem już pituglandol z dobrym efektem a więc i tutaj wykonałem również domięśniowo wstrzyknięcie 1 ampułki pituglandolu. Już po dwu godzinach zaczęły odchodzić wiatry i to coraz intenzywniej i głośniej. Powłoki brzuszne straciły początkowo nieznacznie na napięciu, później jednak po kilku godzinach stały się do tego stopnia wiotkie, że można je było ująć we fałdy, co się przedtem nigdy nie zdarzało nawet po najintenzywniejszych środkach przeczyszczających.

U chorej jednak skłonność do tych wzdęć stale się utrzymuje, dlatego też dwa do trzy razy na miesiąc wstrzykuję obecnie chorej pituglandol. Uzyskuje się w ten sposób względny spokój, t. zn. że nie przychodzi nigdy do wzdęć o tak potwornych rozmiarach jak to było uprzednio.

III. przyp.

Ziemianin p. Mikołaj M., lat 44, ze Sądowej Wiszni poddał się 23 maja 1928 r. operacji brzusznej z powodu raka żołądka w Sanatorjum Czerwonego Krzyża we Lwowie. Podczas operacji okazało się, że właściwie guzowatości rakowej nigdzie niema, były tylko rozległe zrosty dookoła żołądka, które rentgenologicznie imponowały w zupełności nam jako rak żołądka, gdyż żołądek był wprost „zamurowany" w zrostach tak, że ściany w rentgenie nie okazywały ruchu robaczkowego w niektórych miejscach. Przy zabiegu operacyjnym rozluźniono wszystkie zrosty żołądka i chory czuł się po operacji zupełnie dobrze.

Trzeciego dnia po operacji wystąpiły u chorego objawy meteoryzmu które się stale powiększały. Powłoki brzuszne zaczęły się silnie napinać, nieznacznego stopnia defense musculaire dawał się wyczuwać przy obmacywaniu brzucha. Przyszło jednem słowem do typowych objawów Ileus paraliticus z zupełnem wstrzymaniem wiatrów i z wyrazem charakterystycznej Facies Hypocratica. Mimo tego, iż polecono operowanemu włożyć dren gumowy do odbytnicy wiatry nie odchodziły. Dopiero domięśniowe wstrzyknięcie 1 ccm pituglandolu spowodowało już w krótkim przeciągu czasu wydalenie wiatrów, które faktycznie zaczęły wprost ze szturmem odchodzić. Przyniosło to naturalnie pewną ulgę choremu natychmiastowo. W ciągu kilku godzin brzuch opadł wyraźnie, przykre i męczące odbijania ustąpiły, utrudnione uprzednio płytkie i szybkie oddechanie przeszło w zupełnie swobodne i miarowe, samopoczucie chorego z każdą godziną było lepsze.

Pod wieczór powtórzono zastrzyk pituglandolu również domięśniowo przyczem znikło to nieznośne uczucie pełności brzucha połączone z nudnościami. W tym przypadku okazał się zastrzyk pituglandolu wprost zbawienny dla operowanego, gdyż wzmożenie się wzdęcia mogło z jednej strony doprowadzić od pęknięcia szwów polaparatomijnych, z drugiej zaś wywołać silniejsze objawy otrzewnowe. Działanie więc pituglandolu miało tu ekletywny wpływ na muskulaturę gładką jelit, przyczem trzeba zaznaczyć, że działanie tego przetworu nie wywołało żadnych ubocznych przykrych objawów prócz lekkiego zblędnięcia skóry bezpośrednio po zastrzyku. Ruch robaczkowy jelit był jednak wyraźny już po upływie pół godziny, gdyż wzmogły się obficie burczenia w brzuchu (borborygmi). Podkreślić należy, że do pół godziny ustały w zupełności u chorego bardzo dokuczliwe odbijania połączone z czkawką, które szczególnie u osób po przebytej laparatomji są prawdziwą udręką. Jest to dowodem, że wzmożona peristaltyka jelit spowodowana wsrzyknięciem pituglandolu szła zgodnie z ruchem jelit, t. zn. w kierunku do kiszki stolcowej a nie wywoływała żadnych ruchów antiperistaltycznych, które musiałyby tylko zwiększyć odbijania się gazów. Do dwu tygodni opuścił operowany sanatorjum zdrów.

IV. przyp.

Jetti Sch., lat 68, wdowa zamieszkała we Lwowie, zachorowała nagle w nocy wśród objawów zupełnego zaparcia stolca i wiatrów, wzdęcia, odbijań, bólów brzucha, które od czasu do czasu wzmagały się i to szczególniej w okolicy podbrzusza, temperatura normalna nie podwyższona, nudności które chwilami wzmagały się do tego stopnia, że powodowały częste omdlenia nawet dłużej trwające. Z powodu takiego właśnie długotrwałego silniejszego omdlenia zawezwano pomocy lekarskiej.

Anamnestycznie cierpiała chora od dwu lat na nawykowe zaparcia stolca, połączone ze wzdęciem brzucha. Dotychczas zażywała chora najrozmaitsze środki przeczyszczające między innymi Eucarbon i robiła hegary. Zabiegi te regulowały jako tako stolec. Przed trzema dniami z powodu błędu dietetycznego zaczęły się wzmagać u chorej jej zwykłe dotychczasowe objawy nawykowego zaparcia stolca a to: wzdęcie brzucha osiągało coraz to większe rozmiary, przyczem również i bóle brzucha się wzmagały i rozlewały równomiernie także i w górnych częściach brzucha. Wiatry w zupełności nie odchodziły.

Z powodu bardzo częstych omdlewań dostała chora środki nasercowe. Najnieznośniejszym objawem dla chorej były jednak nudności, które żadnymi środkami nie dawały się zwalczyć. Chorej zalecano gorące kataplazmy, głębokie płukanie kiszki grubej i wlewanie oliwy jadalnej per rectum. Woda jednak z oliwą odchodziła w niezmienionym stanie, nawet nie była zabarwiona kałowo, a stan ten pozostawał ciągle bez zmiany. W ciągu następnych dwu dni stan się nie poprawiał. Dwukrotnie zwołane konsyljum określiło przypadek ten jako Ileus w początkach, nie nadający się jeszcze do operacji, gdyż nie było dotychczas typowych objawów jakoto wymiotów i odpowiednio przyspieszonego tętna.

Ponieważ objawy nie były naglące zastosowano również i w tym przypadku domięśniowo zastrzyk pituglandolu dwukrotnie. Nastąpiła wprawdzie nieznaczna reakcja w postaci nielicznych wiatrów była to jednak bardzo znikoma ilość tak, że stanu chorobowego nie zmieniła, owszem objawy wzmagały się z każdym dniem przybierając już wyraźnie charakter Ileusu.

Chorą przeniesiono do szpitala im. Lazarusa, gdzie dokonano kilkakrotnie prześwietlenia rentgenologicznego co okazało, że jest to Ileus na tle nowotworowym. Następowe objawy kliniczne potwierdziły w zupełności rozpoznanie rentgenologiczne. U chorej pojawiły się wreszcie brunatne wymioty o zapachu kałowym. Wymioty te t. zw. strzelające są charakterystyczne dla Ileusu. Stolca mimo wszystko chora dalej nie miała.

Przypadek ten ilustruje nam bardzo charakterystycznie zachowanie się przewodu pokarmowego a w szczególności jelit pod wpływem wstrzyknięcia pituglandolu.

Wprawdzie ruch robaczkowy wzmógł się czego następstwem było wydalenie nielicznych wiatrów, działanie jednak nie było zupełnie jałowe gdyż przeszkoda w transporcie kału a tem samem gazów była natury organicznej, a powstała przez powolne zatykanie światła jelita przez masy kałowe, względnie zbitą treść jelitową (kamienie, zwoje robaczków i t. d.) przypuszczam jednak, że ożywiona regularna peristaltyka jelit jaką się otrzymuje po wstrzyknięciu pituglandolu dałaby już po krótkim czasie dodatni efekt. Nie chcę wyciągać za dalekich wniosków na podstawie moich obserwacyj ani też stawiać hipotezy, że jeżeli przy objawach Ileusu zastrzyk pituglandolu zawodzi, może to być dowodem organicznego Ileusu. Muszę jednak podkreślić, że ekletywne działanie Pituglandolu na wzmożenie się regularnego ruchu robaczkowego jelit jest niejednokrotnie zbawienne i oddaje nieocenion usługi. Dzieje się tak mianowicie w przypadkach utrudnionego transportu treści jelitowej, wobec niezmienionego organicznie pasażu; i to nawet wówczas, gdy mamy do czynienia z objawami Ileusu kałowego lub nawet Ileusu porażennego. Ostatni zanotowany powyżej przypadek najwyraźniej to potwierdza.

Piśmiennictwo.

1) Blair Bell: The Pituitary 1919. — 2) Bayer i Peter: Arch. f. Exper. Path u. Pharm. 1911, LXIV, 204. — 3) G. Katsch: Z. f. Exp. Path. und Ther. 1912. tom 12, str. 277. — A. W. Young: Quart. Sorm. Exp. Physiol. 1915, VIII, 347. — 5) Kirmissan: Bull. Ac. d. méd. 1918, vol. 79, p. 52. — 6) R. Klotz: M. m. W. 1912, str. 2047. — 7) Ibid.

O wpływie pituglandolu na ruch robaczkowy jelit przy różnych sprawach chorobowych pisali:

Niklas F.: Klinische Wochenschr. 1926, Nr. 47, str. 2216—2221. — Demuth F.: Zentralblatt f. d. ges. Kinderheilkunde, 1923, tom XV, zesz. 10, str. 322—323. — Singer G.: Wiener Klin. Wochenschr. 1923, Nr. 14—15, rocznik 36, str. 273—276. — Gorke Hans: Mediz. Klinik 1921, Nr. 38, str. 1140—1142. — Meoni Luciano: Gazetta internazionale di Medicina-Chirurgia-Igiene, etc. 1913, zesz. 32, str. 745.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

N. GĄSIOROWSKI. Lwów.

Dotychczasowe wyniki masowego badania serologicznego na Huculszczyźnie endemicznie zakażonej kiłą *).

Państwowy Zakład Higjeny Filja we Lwowie
Kierownik: D·c. Dr. N Gąsiorowski

Długoletnie zaniedbanie sprawy endemji kiłowej na Huculszczyźnie ze strony austrjackich władz sanitarnych okazało smutne następstwa. Równolegle z zwiększaniem się liczby poronień i nieżywo urodzonych dzieci daty statystyczne wykazywały stały spadek ludności przeznaczonej na zwyrodnienie i wymarcie. Dopiero w roku 1902 rząd austrjacki licząc się z katastrofalnym stanem rzeczy rozpoczął organizację stałych poradni lekarskich w powiecie kosowskim i nadwórniańskim.

Po przerwie wojennej Rząd Polski rozpoczął na nowo planową akcję zwalczania kiły na Hucylszczyźnie stwarzając w roku 1923 stałe poradnie weneryczne w *Peczyniżynie, Mikuliczynie, Pasiecznej, Kosmaczu, Żabiem, Hryniawie i Jabłonowie,* z których każdy dotknięty kiłą może bezpłatnie korzystać.

Jakkolwiek liczba poradni i chorych zgłaszających się wzrasta z każdym rokiem, mimo to odczuwało się brak odpowiednich danych, z których możnaby wysnuć pewniejsze wnioski co do nasilenia endemji. W tym celu Ministerstwo Spraw Wewnętrznych zleciło mi zorganizować serologiczną stację w *Żabiem* dla masowego przebadania ludności.

Z dniem 23 czerwca u. r. uruchomiono Państw. Stację serologiczną w *Żabiem* na okres cztero-miesięczny, t. j. do 15 października u. r. W skład personelu zajętego okresowo wchodzą: Dr. H. Meisel, Dr. E. Mikulaszek i Dr. J. Czarkowska, jako bakterjologowie; absol. słuchacz medycyny K. Kretter, A. Gawenda i Dr. K. Zisch przeznaczeni do pobierania próbek krwi; St. Korybutiak jako laborant.

Przy wykonywaniu odczynu używano stale makroskopowej metody zmętnienia Meinickego (M. T. R.), jako najprostszej i najszybszej a czułością dorównywującej odczynowi Wassermanna.

Ponieważ zadaniem Stacji było masowe przebadanie ludności, przeto próbki krwi starano się pobierać od każdej osoby bez względu na anamnezę, wiek, płeć, narodowość i t. p.

Dotychczasową akcją objęto 4 gminy z okręgu Żabie *(Jasienów, Krzyworówn.a, Dzembronia, Żabie)* w powiecie kosowskim. Na 12.119 mieszkańców suma osób zbadanych wynosi 5.240 czyli 43.23%. Liczba osób badanych dziennie wynosiła przeciętnie 44. Jeśli uwzględnimy trudności komunikacyjne, pomieszczenie do-

*) Referat zgłoszony na II Zjazd Mikrobiologów i Epidemjologów Polskich.

Gmina	Liczba mieszkańców	z tego przebadano metodą M. T. R.									
		osób	gr. kat.	rz. kat.	moj.			z wynikiem		Razem + ±	
								+	±		%
Żabie	7.188	2.243 t. j. 31·20%	2.193	15	35	mężczyzn	920	76	34	110	11 95
						kobiet	1.007	118	55	173	17·17
						poniżej 15 lat	316	25	17	42	13·29
						razem	2.243	219	106	325	14·49
Krzyworównia	1 653	830 t. j. 50·21%	823	—	7	mężczyzn	311	25	9	34	10·93
						kobiet	392	40	9	49	12 50
						poniżej 15 lat	127	12	2	14	11·02
						razem	830	77	20	97	11 68
Jasienów	2.278	1 333 t. j. 56 51%	1.314	9	10	mężczyzn	443	48	10	58	13·09
						kobiet	644	77	10	87	13 50
						poniżej 15 lat	246	28	4	32	13 00
						razem	1.333	153	24	177	13 27
Dzembronia	1.000	834 t. j. 83·40%	829	1	4	mężczyzn	306	35	6	42	13 72
						kobiet	350	40	17	57	16·28
						poniżej 15 lat	178	22	10	32	17 97
						razem	834	98	33	131	15·70
Razem	12.119	5.240 t j. 43·23%	5 159	25	56	mężczyzn	1.980	185	59	244	12 32
						kobiet	2.393	275	91	366	15 29
						poniżej 15 lat	867	87	33	120	13·84
						razem	5.240	547	183	730	13·93

mostw rozrzuconych w znacznych odległościach od siebie, przeważnie w punktach trudno dostępnych na terenie górzystypm, następnie niechętne poddawanie się badaniu a nawet opór bierny ludności o niższej kulturze a wreszcie zupełny brak pomocy ze strony Policji Państwowej i przeważnie obojętne zachowanie się władz gminych, musimy przyznać, że liczba ta osób badanych, jakkolwiek pozornie mała, dała się osiągnąć tylko dzięki niezwykłemu wysiłkowi ze strony pracowników Stacji.

Najniższy procent osób zbadanych w stosunku do ilości mieszkańców przypada na gminę *Żabie* (31.20%), najlepiej zaś pod tym względem przedstawia się gmina *Dzembronia*, której liczba osób zbadanych dochodzi do wysokości 83.40%. Co do nasilenia endemji kiły możnaby więc w przybliżeniu pewną orjentację zyskać opierając się tylko na wynikach uzyskanych w *Dzembroni*. Wobec nieznanej mi z piśmiennictwa akcji masowego serologicznego badania ludności na kiłę, wszelka ścisła ocena porównawcza wyników staje się niewykonalną. Jedynie daty statystyczne pochodzące z leczniczych zakładów niekiłowych, w których każdy chory podlega serologicznemu badaniu, mogłyby tylko do pewnego stopnia przyjść tutaj z pomocą. I tak np. Ławrynowicz i Ciastowski badając krew żylną położnic i pępowinową noworodków wykazują dodatnie odczyny wahające się w granicach 4—6%. Według ścisłej statystyki Kliniki położniczo-ginekologicznej U. J. K. we Lwowie na 2.446 badanych położnic odczyn Wassermanna wypada wybitnie dodatnio w 3.2% przypadków. Porównując te wyniki z wynikami badań dokonanych w *Dzembroni* widzimy, że procent dodatnich odczynów w tej miejscowości wynoszący ogólnie 11.75% a wśród kobiet badanych tamże 11.43% jest przeszło 3.5 razy wyższy, aniżeli na materjale Kliniki lwowskiej. Jak już zaznaczyłem porównawcze zestawienia mają tu tylko wartość aproksymatywną, w każdym razie daty powyższe z dodatkiem przypadków kiły utajonej, przy której odczyn Wass. przeciętnie w 72% a S. G. i DM. około 62% wypada ujemnie, dowodzą stanowczo, iż nasilenie endemji kiłowej w *Dzembroni* przechodzi znacznie ponad przeciętną miarę.

Z dat jakie nam dają badania wykonane w *Żabiem, Krzyworówni i Jasienowie* nie można w tym kierunku wysnuwać dalej idących wniosków z powodu za małej ilości osób zbadanych w stosunku do liczby mieszkańców.

Na uwagę zasługują dość często stwierdzane dodatnie wyniki odczynu wśród kilku a nawet wszystkich członków tej samej rodziny, ponadto stosunkowo znaczny procent dodatnich odczynów wśród dzieci poniżej 15-tego roku życia. Dodatni wynik u dziadka i babki obok półtora do pięcioletniego wnuka nie należy do rzadkości.

Na 730 dodatnich i zaznaczonych wyników przypada:

do 5 roku 4.1%,
od 6—10 lat 5.0%,
od 11—15 lat 7.2%,
od 16—20 lat 10.3%,
od 21—30 lat 23.4%,
od 31—40 lat 18.5%,
od 41—50 lat 15.2%,
od 51—60 lat 9.3%,
od 61—70 lat 3.9%,
powyżej 71 lat 3.1%.

Najważniejszym dorobkiem tegorocznej działalności Państwowej Stacji jest wyszukanie 730 osób, które z powodu dodatniego (547), lub zaznaczonego (183) odczynu M. T. R. powinny poddać się leczeniu. Dokładny wykaz imienny tych osób przedłożono poradni leczniczej w *Żabiem*, której zadaniem będzie zaopiekować się chorymi.

Opierając się na dotychczasowej obserwacji dochodzę do wniosku, że masowe badanie serologiczne ludności a tem samem i akcja tłumienia kiły dopiero wówczas w zupełności odpowie wytycznym planom, kiedy obowiązywać będzie *przymusowe badanie serologiczne* obszarów endemicznie dotkniętych kiłą. Wtedy dopiero będzie można wykryć znaczną ilość tych chorych, którzy dotychczas dzięki niskiej kulturze bezwiednie lub rozmyślnie unikali zetknięcia się z lekarzem.

Piśmiennictwo.

A. Ławrynowicz i T. Ciosłowski: Pol. Gaz. Lek. 1928, Nr. 16.

Dr. J. STOPCZAŃSKI. Kraków.

Cele i zadania poradni przeciwweneryczn?j w Krakowie.

Według wykładu wygłoszonego dnia 17 września 1928 na VI Zjeździe Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego w Poznaniu.

I. W zamierzonym krakowskim ośrodku zdrowia znajdzie pomieszczenie i poradnia przeciwweneryczna. Na czasie więc jest zastanowić się, jakie zadania będzie miała ta poradnia i w jaki sposób najlepiej będzie odpowiadać swemu przeznaczeniu. W naszym kraju mamy jeszcze bardzo szczupłe doświadczenia co do poradni tego rodzaju. Dlatego też wskazanem będzie oprzeć się na wzorach i wynikach osiągniętych, dotąd w innych państwach. Bardzo energiczną działalność w walce z chorobami wenerycznemi wykazuje Francja. Tam bowiem kiła tak się rozpowszechniła, że według sprawozdania komisji profilaktycznej z roku 1926 10% ludności był dotknięty tą chorobą. Statystyka tejże komisji wykazywała rocznie 20.000 dzieci nieżywo urodzonych, 40.000 poronień, a u 80.000 osób rocznie była kiła przyczyną śmierci. Już przed wojną, bo w roku 1913 to rozszerzanie się kiły zwróciło uwagę w Paryżu władz centralnych, które zrozumiały konieczność jak najszerszego leczenia ambulatoryjnego chorób wenerycznych. W następstwie tego Querat, Jeanselme i Hudelo założyli pierwsze trzy dyspensatorja. Urząd narodowy hygieny społecznej przyłączył się do tej pracy, zaś parlament uchwalił kredyty z początku nie wystarczające, które jednak pod wpływem nalegań komisji profilaktycznej niespodzianie wzrosły do 20 miljonów franków rocznie. To pozwoliło na poważne już uzbrojenie przeciwweneryczne, wykazujące już w październiku r. 1916 983 poradni. Jedną z najważniejszych organizacji centralnych biorących udział w walce z chorobami wenerycznemi jest urząd centralny zapobiegania chorobom wenerycznym. Urząd ten jest organizacją techniczną i dlatego też posiada bardzo szczupły personal składający się z trzech sekretarzy i jednego lekarza jako szefa. Zarząd poradniami nie wchodzi w zakres działania tego urzędu, daje on tylko inicjatywę do tworzenia nowych poradni, kontroluje czynności tychże na miejscu w celu rozdzielania funduszów uchwalonych przez parlament. W bezpośredniej łączności, bo mieści się w tym samym lokalu, pozostaje ten urząd z urzędem narodowym higjeny społecznej, którego zadaniem jest akcja propagandowa.

Jako trzeci bardzo ważny czynik w walce z chorobami wenerycznemi występuje komisja profilaktyczna, w skład której wchodzą najwybitniejsi wenerolodzy francuscy, kierownikiem zaś tej komisji jest Prof. Pinard. Zarządzenia tej komisji jako obowiązujące w całem państwie, są przesyłane do innych władz, zaś prezes tejże komisji bezpośrednio zwraca się do parlamentu w celu udzielania dalszych kredytów.

Poradniami kierują i zarządzają dwa towarzystwa, a mianowicie: Liga narodowa francuska przeciw niebezpieczeństwu wenerycznemu i Towarzystwo francuskie zabezpieczenia zdrowotnego i moralnego.

Duszą całej organizacji jest Instytut profilaktyczny, założony w roku 1916 a kierowany przez Dr. Vernes'a. Prace tego Instytutu opierają się na ścisłej łączności z postępami leczenia i wynikami badań naukowych. Instytut ten zarządza, nietylko swem centralnem dyspenzorjum (które w ciągu jednego roku udzieliło 800.000 porad), ale także pracowniami naukowemi, jakoteż licznemi poradniami rozmieszczonemi, tak w samym Paryżu, jak i na jego przedmieściach.

Oddając tak znakomite usługi, znajduje najzupełniejsze uznanie dla swych prac i dlatego też opinja tego instytutu ma poważne znaczenie i w parlamencie przy udzielaniu subwencji dla całej działalności. Tak Liga narodowa jak i Towarzystwo zabezpieczenia zdrowotnego łączą się w swej działalności z organizacjami międzynarodowemi, tworząc Unie międzynarodowe, w skład której wchodzi obecnie 34 państw całego świata, a w liczbie tych także i Polska.

O ile na początku działalności organizacyj rozsianych po całej Francji była zależną od kierownictwa centralnego w Paryżu, to doświadczenie później wykazało, że jest wskazane udzielenie pewnej samodzielności poszczególnym departamentom w tym kierunku.

Wytworzyły się więc trzy typy organizacyj prowincjonalnych. A mianowicie w pewnych departamentach kierują akcją inspektorzy sanitarni pozostający w łączności z prefekturami. Potrzebne zaś fundusze, co miesiąc oznaczane, dostarczają władze powiatowe i administracja centralna. Drugi typ stanowią poradnie powiatowe, pozostające także pod kierownictwem inspektorów sanitarnych a tworzone przez organizację hygieniczno-społeczną.

W niektórych departamentach znajdują się poradnie, tworzone przez miejscowe komitety a kontrolowane przez delegatów Ministerstwa, któremi są wybitni specjaliści.

Wszystkie miasta we Francji mające powyżej 10.000 mieszkańców, posiadają już obecnie swe poradnie. I urządzono je nawet w większych środowiskach wiejskich będących miejscami targów. W większych miastach kierownikami poradni są lekarze wybrani przez komisję konkursową. W skład takiej komisji wchodzą: profesor wenerolog miejscowego uniwersytetu, przedstawiciel Ministerstwa i przedstawiciel związku lekarzy. Poradni zajmujących się tylko kiłą jest w całej Francji 395, znacznie mniej jest przychodni przeciwrzerzączkowych, bo tylko 66. Jednakże wszystkie największe miasta posiadają poradnie rzerzączkowe, które dotąd wydały bardzo dobre wyniki a przedewszystkiem ukróciły działalność pokątnych szarlatanów.

W poradniach tych jest stosowane tak leczenie szczepionkowe jak i chemoterepja śródżylna. Zakres działania poradni rozszerza się w tym kierunku, aby wykrywać choroby weneryczne i u osób, które o tych chorobach nie wiedzą. W tym celu wydano w 27 departamentach odezwy do lekarzy ogólnopraktykujących, aby chorych niezamożnych, u których podejrzywają choroby weneryczne, kierowali do poradni. Oprócz tego porozumiano się z zakładami „Opieki nad matką i dzieckiem", aby te również zachęcały do korzystania z usług poradni. Również to samo zastosowano w dużych zakładach przemysłowych zatrudniających większą ilość robotników. W celu jak najszerszego i najdogodniejszego ułatwienia leczenia, lekarze ordynujący w chorobach wenerycznych otrzymują z organizacji wynagrodzenia za leczenie chorych niezamożnych. Komitet międzynarodowy opieki społecznej zwrócił uwagę na to wielkie znaczenie, jakie ma leczenie kiły u kobiet ciężarnych w pierwszych miesiącach ciąży. Wydano więc odezwy wzywające do jak najszerszego korzystania z bezpłatnego badania krwi w poradniach i ewentualnie leczenia. W ten sposób dano wielu kobietom nieświadomym swej choroby, możność ratowania życia swoich noworodków. Doświadczenie wykazało, że dla obszerniejszego wykrywania kiły dziedzicznej nie wystarczają badania obejmujące, tylko zakłady opieki dla matek i niemowląt, żłóbki i zakłady położnicze. Okazało się koniecznem wprowadzenie takich badań i w szkołach, zwłaszcza w niższych klasach. Takie badania krwi u dzieci w ochronkach posłużyły do wykrywania licznych wypadków kiły dziedzicznej. Przy rozpowszechnianiu się walki z chorobami wenerycznemi zwrócono uwagę także i na duże przedsiębiorstwa a więc w pierwszym rzędzie na kolejnictwo. Tu akcja rozpoczęła się od badania ludzi podejrzanych o kiłę dawną, przeważnie dotąd nie leczoną. Szczególną uwagę zwrócono na badanie ludzi mających bardzo odpowiedzialne zajęcia, jak maszynistów i kierowników pociągów. Badania te powierzano doświadczonym specjalistom, którzy w wielu wypadkach u ludzi często nawet nie przypuszczających u siebie przebycia kiły, wykrywali początki ciężkich schorzeń układu nerwowego środkowego. Towarzystwa kolejowe dla swych pracowników urządziły znakomicie wyposażone poradnie, w których także i neurolodzy współdziałali w koniecznych wypadkach. W dużych miastach posiadających już dawniej poradnie jak w Paryżu, Lyonie, Marsylji, Lill, Strasburgu, te towarzystwa korzystają z tych poradni, przesyłając do nich swoich pracowników. Obowiązuje do tego, nakaz ministerstwa robót publicznych, które także zorganizowało kontrolę zdrowia w tym kierunku dla pracowników zajętych w Towarzystwie kolei południowej, tworząc w Tuluzie i Bordeaux trzy bardzo dobre poradnie. W miastach portowych zwrócono uwagę na łatwość rozszerzania się chorób wenerycznych przez marynarzy należących do floty handlowej. Aby temu skutecznie zapobiegać założono w głównych miastach portowych poradnie przeznaczone dla marynarzy w celu dostarczania tymże, nie tylko opieki lekarskiej i środków leczniczych, ale także współdziałania z lekarzami okrętowymi, którym poradnie, po usunięciu objawów zakaźnych u chorych marynarzy, powierzały dalsze leczenie.

Gdy spostrzeżono, że wśród robotników cudzoziemców jest także wielu chorych wenerycznie, postarano się i o zachęcenie tychże do korzystania z poradni opanowując w ten sposób i te źródła zakażenia. Chociaż Francja jest krajem do którego bardzo wielu cudzoziemców z całego świata zjeżdża i nowe źródła zakażenia przywozi, to jednak dzięki tym wysiłkom i tej doskonałej organizacji ilość wypadków kiły już w roku 1920 spadła o 50% (w wojsku w 1916 roku było 12,6% wenerycznie chorych a w 1925 tylko 1,84%).

Nietylko w krajach zachodnio-europejskich zorganizowano ogólną akcję przeciw chorobom wenerycznym, także i na wschodzie od wielu lat w tym kierunku idzie praca. W Turcji już w roku 1908 personal restauracyjny, jakoteż osoby zajęte w publicznych łazienkach poddano przymusowemu badaniu. W dwa lata później wysyłano już lekarzy specjalistów w podróże okrężne po prowincji dla leczenia kiły. Przy końcu wojny, powstała sekcja przy ministerstwie zdrowia i opieki społecznej, zajęła się organizacją walki z chorobami wenerycznemi i otworzono w Konstantynopolu cztery nowe poradnie. Od roku 1921 obowiązuje w Turcji nowa ustawa, której 1 artykuł postanawia, że każdy chory na kiłę musi się leczyć u lekarza przez siebie wybranego i posiadać świadectwo tegoż lekarza poświadczające długość i rodzaj leczenia. Każden lekarz jest obowiązany w ciągu 24 godzin donieść lekarzowi powiatowemu o wypadku kiły z podaniem nazwiska chorego i również o przerwaniu przez chorego leczenia, lekarz powiatowy musi być zawiadomionym.

W Niemczech najsilniejszy wzrost chorób wenerycznych występuje w czasie przewrotu. Wtedy bowiem w ciągu kilkunastu dni prawie wszystkie zakłady leczące choroby weneryczne się opróżniły. Dziesiątki tysięcy chorych z objawami zakaźnemi weszły w styczność z resztą ludności. Dlatego też w tym okresie wykazywano największą ilość świeżych zakażeń. Do uporządkowania tych stosunków, powstrzymania dalszego szerzenia się chorób wenerycznych najwięcej przyczyniło się Niemieckie Towarzystwo dla zwalczania chorób wenerycznych a zwłaszcza jeden z najwybitniejszych współpracowników tego towarzystwa A. Blaschko.

W Niemczech ustawa o zwalczaniu chorób wenerycznych weszła w użycie z październikiem roku ubiegłego. Gminy jakoteż związki gmin są władzami, które są odpowiedzialne za wykonanie tej ustawy i dlatego też mają zadania z tem związane. Wskutek tego stworzono samorządowe urzędy zdrowia, wyposażone w wielką władzę. Według nowej ustawy te urzędy zdrowia mają prawo od osób (tak mężczyzn jak i kobiet) podejrzanych o choroby weneryczne i rozszerzanie tych chorób żądać przedłożenia świadectw zdrowia.

Jeżeli osoba podejrzana takiego świadectwa nie dostarczy może urząd zdrowia zarządzić przymusowe badanie, a następnie może zarządzić ten urząd przymusowe leczenie lub umieszczenie w szpitalu, jeżeli to jest wskazanem dla uniknięcia rozszerzania choroby. Ma ten urząd obowiązek korzystać z doniesień o źródłach zakażenia i te jak najrychlej w odpowiedni sposób unieszkodliwiać. Wreszcie również należy korzystać z doniesień lekarzy o chorych, którzy samowolnie przerywają leczenie, albo którzy ze względu na swój zawód lub warunki osobiste narażają innych na zakażenie.

Urzędy opieki mają zadanie roztaczać opiekę nad osobami obojga płci, bez różnicy wieku, obyczajowo zagrożonemi. Dotąd otrzymywały te urzędy wykazy osób zagrożonych od policji obyczajowej.

Urząd zdrowia powiadamia urząd opieki w każdym wypadku, w którym potrzeba tych starań. Urząd opieki działa w kierunku obyczajowym i ekonomicznym. Jego najważniejszem zadaniem jest troska o uregulowanie warunków życia dla tych osób. Nie zawsze jest możliwe, zagrożone osoby odsunąć od niebezpiecznego dla nich otoczenia. W tym celu trzeba dla tych osób wystarać się niejednokrotnie o pracę, mieszkanie i ubranie. Nowa ustawa urzeczywistnia zasady abolicjonistyczne, które przyjęły się w Skandynawji a zwłaszcza w Szwecji, a więc zniesienie policyjnej reglamentacji i skoszarowania. Nierząd zarobkowy i przekraczania przepisów obyczajowo-policyjnych nie są już obecnie karane. Policyjną kontrolę według nowej ustawy zastępują: nadzór sanitarny władz zdrowotnych i troskliwe starania urzędów opieki. Dawniejsze przepisy ograniczające przebywanie prostytutek tylko w pewnych dzielnicach lub na pewnych ulicach zostały zniesione. Również zniesiono i domy publiczne. Nadzór policyjny nad prostytutkami ogranicza się tylko, do przestrzegania zachowania spokoju na ulicach, bezpieczeństwa i porządku. Jednak władze sanitarne korzystają przy przeprowadzaniu przymusowego badania i leczenia z pomocy policyjnej. W walce z chorobami wenerycznemi bardzo od lat wielu w Niemczech zasłużyły się poradnie. Te poradnie są założone i utrzymywane bądź przez zakłady krajowe ubezpieczeniowe, bądź przez samorządy miejskie. Zakłady krajowe ubezpieczeniowe, które już od dawna były czynne w walce z gruźlicą i alkoholizmem, podjęły się także zwalczania chorób wenerycznych. Urządzono więc w większych miastach poradnie, które zasadniczo leczeniem się nie zajmowały a natomiast miały zadanie opiekować się leczeniem i starać się, aby to leczenie kosztem odpowiedzialnych za ubezpieczenie czynników się odbywało. Mają te poradnie obowiązek bezpłatnego badania każdego, kto zgłosi się w podejrzeniu o nabycie choroby wenerycznej. Nowa ustawa nie nakazuje poradniom koniecznego wywiadu w kierunku źródła zakażenia. Jednak tak poradnie jak

urzędy zdrowia i opieki starają się nie wywierając przymusu wywiedzieć się o osobach, które zakażenie spowodowały. W celu zapobiegania zakażeniu przez osoby pozostające w leczeniu mogą poradnie posyłać do mieszkań dotyczących osób swój personel pomocniczy a także posługiwać się w tym celu pielęgniarkami urzędów opieki lub urzędów dobroczynnościowych. Ponieważ tak gminy jak i kasy chorych są zainteresowane w jak najwcześniejszem leczeniu chorych wenerycznie, starają się one o jak najwydatniejszą pracę poradni.

W Nadrenji utworzono dwanaście poradni a mianowicie najpierw pięć w siedzibach władz powiatowych to jest w Düsseldorfie, Kolonji, Koblencji, Akwisgranie i w Trewirze a następnie w większych takich miastach jak w Elberfeldzie, Essen, Duisburgu, Krefeldzie, Bonn, Kreuznach i w Saarbrücken. W siedmiu poradniach kierownikami byli lekarze specjaliści w czterech lekarze urzędowi a w jednej lekarz praktykujący. Przy obsadzaniu tych stanowisk zakład ubezpieczeniowy wchodzi w porozumienie z miejscowym związkiem lekarzy chcąc zapewnić dla poradni poparcie ogółu lekarzy. Zarządzenie leczenia szpitalnego powoduje poradnia. Do poradni przychodzą nie tylko chorzy dobrowolnie się zgłaszający, ale także przysłani przez lekarzy prywatnie ordynujących lub Kasy chorych. Gdy chory wenerycznie będący członkiem Kasy chorych zgłosi się do swego lekarza, to tenże z pisemnem określeniem rodzaju choroby przesyła chorego do poradni. Ztamtąd po stwierdzeniu potrzeby leczenia zostaje odesłany z powrotem do tego samego lekarza w celu leczenia na koszt zakładu ubezpieczeniowego. Po ukończeniu leczenia przedkłada tenże lekarz sprawozdanie o długości, przebiegu i wyniku leczenia z dołączeniem wykazu kosztów. O ile chory zgłasza się do poradni bez polecenia lekarza, to postępowanie jest to samo, poradnia zaś dozwala wolny wybór lekarza. Jednak zakład ubezpieczeniowy pokrywa tylko wtedy koszta, gdy poradnia leczenie spowodowała. Dla każdego chorego wystawia poradnia kartę choroby, (dla mężczyzn czerwoną, dla kobiet zieloną) w której podczas nadzoru całego leczenia wpisuje uzupełnienia.

W razie zmiany miejsca pobytu chorego, karta zostaje przesłana do poradni w okręgu której chory zamieszkał. Nowa ustawa niemiecka zawiera niektóre postanowienia, które mogą się okazać szkodliwemi dla zwalczania chorób wenerycznych. Obowiązek lekarzy donoszenia o chorych znajdujących się w leczeniu, może będzie odstraszał chorych wenerycznych od lekarzy i zakładów leczniczych. Zaletą nowej ustawy jest nadanie poradniom pierwszorzędnego znaczenia, jakoteż rozszerzenie ich działalności. Ilość poradni zostanie znacznie powiększona, gdyż w okręgu działania urzędu zdrowia musi być przynajmniej jedna poradnia. Odpowiedzialność za działalność poradni mogą ponosić zakłady krajowe ubezpieczeniowe, gminy lub uniwersytety. W większych miastach oprócz poradni mają być założone stacje ochronne (profilaktorja), które mają być czynne i w nocy. Zwalczanie więc chorób wenerycznych we wszystkich państwach europejskich nie ogranicza się tylko do leczenia w zakładach leczniczych to jest oddziałach szpitalnych i klinikach. Działa tam zwiększająca się ciągle ilość poradni, które mają nie tyle na celu leczenie jak wykrywanie chorych i zachęcanie tychże do leczenia.

I u nas w Krakowie mająca powstać poradnia, jeżeli ma oddawać usługę społeczeństwu, to przedewszystkiem powinna uwzględniać te cele, jakiemi kierują się poradnie w innych państwach.

Trzeba więc rozejrzeć się w ilości i warunkach pracy. Czy tych chorych wenerycznych w Krakowie jest taka liczba, że poradnia miałaby podstawę istnienia i działania. Jeżelibyśmy się rozpatrzyli w materjale statystycznym, jaki nam przedstawiają zakłady lecznicze w ostatnich trzech latach, to znajdziemy przeciętnie 1000 chorych wenerycznych, leczonych rocznie w zakładach cywilnych, a 2500 w szpitalu wojskowym. Dodać do tych cyfr trzeba jeszcze przynajmniej 30% leczonych w Kasach chorych i prywatnie.

Najsłabszą ilościowo chorobą jest wrzód miękki, bo trafia się zaledwo kilkadziesiąt wypadków rocznie tej choroby.

Powszechne prawie mniemanie, że choroby weneryczne w stosunku do czasów przedwojennych w Krakowie się znacznie zmniejszyły jest nie zgodne z prawdziwym stanem. Statystyka, którą zebrałem za dziesięć lat przedwojennych wykazywała ogólną liczbę 19.280 chorych. Za ostatnie trzy lata statystyka obejmująca te same zakłady, a więc klinikę dermatologiczną, oddział szpitalny i szpital wojskowy wykazuje 10.117 chorych. Przy uwzględnieniu przyrostu ludności jeszcze zmniejszenie ogólnej liczby chorych wenerycznych w stosunku do lat przedwojennych na podstawie tej statystyki nie występuje.

W roku zeszłym donoszono z różnych państw europejskich o mocnem zmniejszeniu się chorób wenerycznych a zwłaszcza kiły. Niektórzy z autorów byli nawet skłonni do przypuszczania, że jeżeli to zmniejszanie się kiły w dalszym ciągu będzie postępowało, to ta choroba będąca dotąd taką plagą ludzkości zaniknie i może tylko w pewnych krajach w nielicznych wypadkach będzie się pojawiać. Chcąc wyjaśnić przyczyny tego zmniejszania wskazywali autorzy (Düring, Delbanco, Herzheimer, Ehlers, Blaschko) na zależność tych chorób jako zakaźnych od pewnych praw epidemjologicznych.

Zestawienie ilości chorych wenerycznych w Krakowie.

Kiła.

	Szpital św. Łazarza			Szpital wojskowy				Rzerzączka i wrzód miękki			
rok	wyszło	zmarł	razem	wyszło	zmarło	razem	Razem	Szp. Łazarz.	Szp. wojsk	Razem	Ogólna ilość
1901	634	3	637	260		260	897	421	541	962	1859
1902	488	1	489	208		208	697	416	579	995	1692
1903	551	5	556	203		203	759	439	442	881	1640
1904	447	3	450	268		268	718	398	446	844	1562
1905	687	4	691	371		371	1062	532	697	1229	2291
1906	819	7	826	291		291	1117	657	625	1282	2399
1907	759	2	761	203		203	964	591	550	1141	2105
1908	735	2	755	192		192	927	452	437	889	1816
1909	678	4	682	281		281	963	465	549	1014	1977
1910	539	1	540	328		328	868	583	488	1071	1539
	6355	32	6367	2605		2605	8972	4354	5354	10308	19280

		Kiła	Rzerzączka	Wrzód miękki	Razem	Razem
1925	Klinika	166	12	18	196	
	Oddział V. a. w szpitalu św. Łazarza	562	325	2	889	3.736
	Szpital wojskowy	1774	864	13	2651	
1926	Klinika	137	21	1	159	
	Oddz. V a. szpit. Łazarza	489	308	32	829	3 335
	Szpital wojskowy	1572	961	14	2347	
1927	Klinika	187	66	33	286	
	Oddział V. a.	477	284	3	764	3.646
	Szpital wojskowy	1478	1113	5	2596	
		6642	3954	121	10717	10.717

Więcej uznania znajduje zapatrywanie, że zmniejszanie się chorób wenerycznych powoduje postęp wiedzy ułatwiający rozpoznawanie i leczenie tych chorób przez zastosowanie wielkich epokowych odkryć Schaudinna, Wassermanna, Erlicha. Nie mało przyczyniają się także obecne urządzenia zdrowotne i poradnie ułatwiające leczenie większej liczby chorych. Według zapatrywania pewnych autorów jak A. Busckego, M. Gumperta, E. Langera zmniejszanie się tych chorób w ostatnich latach powoduje nie tylko leczenie salwarsanowe ale także obecne powojenne warunki ekonomiczne. W dawnych bardzo czasach dwukrotnie występowało tak wielkie zmniejszenie się kiły, że żyjący w tych czasach lekarze przewidywali w przyszłości trwałe zniknięcie. W początkach szerzenia się choroby ogólne uznanie znajdowało zastosowanie znakomicie działającej rtęci ale wnet powstały zarzuty przeciw stosowaniu a zwłaszcza nadużywaniu tego środka. Wprowadzono więc w leczenie, jako przeciwkiłowe środki pochodzenia roślinnego sprowadzane z Ameryki a głównie gnajak, zarazem ograniczono bardzo w leczeniu zastosowanie rtęci. Wtedy wykazywano w roku 1520 pierwsze zmniejszenie się choroby a więc w kilkadziesiąt lat po epidemicznem pojawieniu się kiły w Europie. Po raz drugi spostrzegano to samo około roku 1830. Przed tym czasem był okres silnego bardzo stosowania rtęci a wyrazami największego nasilenia były leczenia ślinotokowe i głodowe. Louvriera i Rusta. Liczne zarzuty, jakie stawiano temu leczeniu spowodowały, że przyjęło się ogólnie, leczenie rtęciowe tak zwane pojedyncze ograniczające znacznie ilość tego środka. Od czasu rozpowszechniania się leczenia salwarsanowego, również znacznie ograniczono stosowanie rtęci. Matthias, O. Rosenthal i inni wskazując na równoczesne zmniejszanie się kiły, nie stawiają jednak

żadnych wniosków w następstwie tego zestawienia, wykazującego w trzech tak odległych od siebie okresach czasu, równocześnie występujące z ograniczeniem stosowania rtęci zmniejszanie się kiły.

Kiła pod wpływem obecnego leczenia zmieniła swój charakter i wygląd. Rzadko bardzo obecnie widzi się rozległe wrzody pierwotne, a prawie nigdy nie spostrzegamy wrzodów żrących iagadenicznych, rozszerzających się w głąb lub na powierzchni. Zwykle to, co obecnie spostrzegamy u chorych, przedstawia owrzodzenia bardzo nieznaczne, często przyjmujące postać powierzchownych nadżerek. Wrzody te często goją się, nawet bez leczenia swoistego, a tylko badanie drobnowidowe lub badanie krwi wykrywa ich tło i znaczenie. Doświadczenie jednak uczy, że kiła o takim łagodnym przebiegu z początku nie leczona, albo nie odpowiednio leczona, prowadzi częściej, jak dawniej do ciężkich schorzeń układu nerwowego centralnego, wcześnie, bo nawet po kilku latach od czasu zakażenia występujących. Ten więc łagodniejszy przebieg kiły w początkach może być powodem, że wielu chorych przez czas dłuższy nie zwraca się o pomoc lekarską, a nawet nie wie o swej chorobie. Badania krwi u kandydatek na mamki wykazało, że duży procent kiły udawało się w ten sposób wykazać. A zatem tu już jasno występuje ieden z celów poradni. Osoby zgłaszające się pouczać o znaczeniu owrzodzeń nawet najmniejszych, które kiedykolwiek na częściach rodnych miały i zachęcać do poddania się badaniu krwi, które w poradnie bezpłatnie powinny być wykonywane. Na pierwszem miejscu musi być uwzględniony łatwy i dyskretny dostęp do poradni. Jeszcze ciągle te choroby u nas należą do chorób wstydliwych z któremi trzeba się ukrywać, aby nikt się nie dowiedział, że dana osoba jest wenerycznie chorą, gdyż to przedstawia wielkie niebezpieczeństwo narażenia swej opinji. Dlatego tylko pewien procent chorych wogóle się leczy. Oprócz tego wchodzi w rachubę bardzo ważny czynnik a mianowicie koszta leczenia. Dużo jest przecież osób w Krakowie a zwłaszcza z inteligencji zubożałej, dawnej średniej klasy, które nie ubezpieczone nie należąc do Kasy chorych nie mogą sobie pozwolić na kupowanie tak drogich obecnie środków leczniczych. Dla nich więc nawet bezpłatna porada nie przedstawia drogi leczenia. Takim osobom poradnia powinna udzielać bezpłatnie lekarstw, których celowe użycie w domu musi kontrolować odpowiednio wyszkolony personal poradni. Poradnia nie może i nie powinna stanowić konkurencji leczenia tak lekarzom ordynującym prywatnie jak i zakładom leczniczym. Objaśnienia i zbadania nie należy odmówić nikomu, gdy jednak badanie stwierdzi chorobę weneryczną, to obowiązkiem poradni jest chorych biednych po zaopatrzeniu w potrzebne środki lecznicze kierować dla leczenia do zakładów leczniczych to jest kliniki lub oddziału szpitalnego. Należy także w następnym czasie zasięgnąć dokładnych informacji, czy ten chory się leczy. Zatem właściwym celem poradni jest rozszerzenie tego nadzoru nad wszystkimi u których poradnia stwierdziła chorobę weneryczną. Do tego celu zdążając trzeba stosować bardzo taktowne i dyskretne postępowanie odpowiednio wyszkolonego personelu poradni. W przeciwnym razie poradnia zamiast stać się źródłem zachęty do leczenia odstraszałaby mających zamiar korzystać z usług poradni. Niejednokrotnie ustne objaśnienia i pouczenia co do zachowania się podczas leczenia wystarczy. Wiemy bowiem z doświadczenia praktycznego, jak często chorzy zapominają lub przekręcają udzielone wskazówki. Dlatego też potrzebne są pisemne objaśnienia i pouczenia, które jednak nie zawsze mogą odpowiadać ułożonemu z góry szematowi. Trzeba przy tem uwzględniać warunki życia i pracy chorego, aby celowe leczenie nie utrudniało tych warunków, tylko o ile możności z nimi dało się uzgodnić. W razie wyjazdu chorego trzeba dać możność korzystania z usług poradni nawet drogą korespondencji, jeżeli chodzi o zasięganie porady co do dalszego postępowania i leczenia. Usług w poradni należy udzielać wszystkim tak mężczyznom jak kobietom i dzieciom. Im więcej zaufania zyska poradnia, tem więcej osób będzie korzystało z jej usług i tem więcej będzie się rozszerzał zakres działania. Będą więc zgłaszać się i osoby zdrowe w obawie czy nie uległy zakażeniu. W poradni więc powinny być takie osoby dokładnie zbadane, następnie należy wykonać u nich miejscowe odkażenie i pouczyć jakie zabiegi zapobiegawcze mają się stosować przy narażaniu się na zakażenie. Aby poradnia mogła być dostępną dla wszystkich należy oznaczać godziny przyjęć w porze wieczornej w czasie wolnym od zajęć. Dużą pomocą i zachęceniem do korzystania z usług poradni będą odpowiednie odczyty popularne dla szerszego ogółu. Przedmiotami tych odczytów powinny być objaśnienia o chorobach wenerycznych, znaczenie tych chorób pod względem rodzinnym i społecznym. Do dzielnych środków pomocniczych należy i popularne piśmiennictwo, które u nas jest jeszcze bardzo ubogie ale niektóre broszury są bardzo dobre jak np. Lenartowicza "Czem są i czem grożą choroby weneryczne".

Nasze miasto ma obowiązek urządzenia poradni i z tego względu, że w obecnych ciężkich warunkach materjalnych duży procent chorych wenerycznie zupełnie się nie leczy i przedstawia groźne niebezpieczeństwo rozszerzenia się tych chorób w przyszłości.

Jżeli akcja zwalczania chorób wenerycznych zapomocą poradni jest rozpowszechnioną na całym świecie, nie możemy pracy, która i tak przy wprowadzeniu ustawy Prezydenta Rzeczypospolitej na nas spadnie dalej odkładać.

Piśmiennictwo.

1) Behjet: Der Kampf gegen die Syphilis in der Türkei und die in einem halben Jahrhundert erzielten Erfolge (Dermat Woch. Bd. 86 Nr. 23, 1928. — 2) Belgodéré: Consideration actuelles sur quelques particularités de la contagion syphilitique. (Annales des maladies Vénériennes 1927 Nr. 2, 3). — 3) Brunn: Zur Frage der angeblich besonderen Haufigkeit von Geschlectskrankheiten unter der Schuljugend (D. m. W. 1928. Nr. 50). — 4) Breitschwert: Die gesetzliche Neuregelung der Prostitutionsfrage (M. m. W. 1927). — 5) A. Buschke u. M. Gumpert: Zur Epidemiologie der venerischen Krankheiten (M. m. W. 1927. Nr. 29). — 6) A. Buschke und M. Gumpert: Die Fürsorge für geschlechtskranke Kinder. (D. m. W. 1926. Nr. 44). — 7) Carry: A propos de lutte contre les maladies vénériennes. (Annales des Maladies Vénériennes 1926. Nr. 2). — 8) Cavaillon: L'état actuel de la lutte contre les maladies vénériennes (Annales des Maladies Vénériennes 1926 Nr. 12). — 9) F. Falkenburger: Zur Geschichte der Geschlechtskrankheiten und der Prostitution (Med. Welt 1927 Nr. 2, 3, 6) — 10) E. Finger: Die Geschlechtskrankheiten und §§ 358 und 498 Oester. St. G. B. (W. kl. W. 1926). 11) M. Flesch: Sociale Fürsorge und Einschränkung der Prostitution und der Geschlechtskrankheiten (Mitt. d. Deutsch. Ges z. Bek. d. Geschlechtskr. 1927. Bd. 25. Nr. 5) — 12) M. Gumpert: Zur Geschichte der Abnahme der Syphilis (Sitzung v. 8. III. 1927 Berliner Dermat. Gesselschaft) — 13) H. Hecht und H. Haustein: Sociale Bedeutung und Bekämpfung, Statistik der Geschlechtskrankheiten (Handbuch der Haut und Geschlechtskr. von J. Jadssohn Bd. 22. 1927). — 14) Hudelo, Rabut: Enquete sur les conditions sociales relatives a la contamination syphilitique (Presse méd. 1927 Nr. 85). — 15) Jadassohn: Rechte und Pflichten des Arztes nach dem Gesetz über Geschlechtskrankheiten (Zschr. f. ärztl. Fortbild 1927 Nr. 17) — 16) Jadassohn: Ueber die Bekämpfung der Geschlechtskrank. durch die Behandlung (Mitt. d. Deutsch. Gesell. z. Bek. der Geschlechtskr. Bd. 26 Nr. 1928). 17) Loewenstein G.: Beiträge zur Ursachenforschung der sozialen und sittlichen Gefährdung (Mitt. d. Deutsch. Gesell. z. Bek. der Geschlechtskrank. Bd. 26 Nr. 10 1928). — 18) R. Martial: De l'éducation sexuelle ses rapports avec la prophylaxie des maladies vénériennes (Bull. de l'Acad. de Méd. 1927. Nr. 21). 19) F. Memelsdorf: Die Gemeinden und das Reichsgesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten (Dermat. Woch. Nr. 1. Bd. 86 1928). — 20) G. Milian et Z. Brodier: La syphilis en 1928 (Paris méd. 1928 Nr. 9. — 21) A. Pappritz: Bericht des Völkerbundes über den Mädchenhandel (Mitt. d. Deutsch. Gesell. z. Bek. der Geschlechtskrank. Bd. 25 Nr. 9 1927). — 22) Posener: Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten durch die neuste Gesetzgebung (Berlin 1927). — 23) Raecke: Erfahrungen aus einer Eheberatungsstelle (Kl. Woch. Nr. 10). — 24) S. Stypułkowski: Ośrodek zdrowia: I. miejska stacja higjeny zapobiegawczej w Warszawie (Warszawa 1926). — 25) A. Urban: Staat und Prostitution in Hamburg (Hamburg 1927). — 26) K. Vessen: Die Fürsorge für Geschlechtskranke bei der Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz (Ztschr. für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 1927 Bd. 20. H. 5, 6, 7). — 27) L. Zumbusch: Ueber das Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrank. (W. m. W. 1927 Nr. 12).

OCENY.

Emile Géraudel: *Le mécanisme du Coeur et ses anomalies (Mechanizm serca oraz nieprawidłowości tegoż).* Masson et Cie Paris 1928. Cena 55 fr. *).

*) Termin „cardio-necteur" wzgl. „necteur" tłumaczy Dr. Dobrowolski (Polskie Arch. Med. Wewn. tom VI zesz. 4 z grudnia 1928), omawiając przypadek — Adams-Stockes'a — na „łącznik" pomiędzy układem nerwowym ośrodkowym a mięśniowym układem automatycznym serca. „Łącznik" rzeczywiście oddaje dobrze myśl Geraudel'a. Czy jednak przepowiednia Dra Dobrowolskiego, co do wątpliwej przyszłości tej dualistycznej nowej teorji Geraudel'a sprawdzi się, okażą dalsze badania. *Dr. Pisek.*

Autor poświęcił pracę swoją znakomitemu kardjologowi Vaquezowi który też opatrzył ją pięknym wstępem zakończonym uwagą: „książka niniejsza stanowić będzie epokę w historji kardjologji“, bez względu na to, czy poglądy autora — bądź co bądź — oryginalne, — zostaną przyjęte. Całość obejmuje dwa wielkie działy: część anatomiczną i elektrokardjograficzną oraz część przedstawiającą nieprawidłowości mechanizmu sercowego. Przewodnią myślą autora jest ustalić prawidłowy mechanizm przez zbadanie nieprawidłowości, których poznanie dopiero elektrokardjografja umożliwiła. Na tej podstawie buduje hipotezy swoje.

Dział I: Wstęp anatomiczny i elektrokardjograficzny.

1) Omówiwszy zasady i technikę elektrokardjografji przedstawia szczegółowy opis przyrządu Boulitte'a i sposób zdejmowania elektrokardjogramu. W następnym rozdziale bardzo wyczerpująco podaje anatomję i fizjologję tych „swoistych“ pasm mięśnia sercowego (myocarde specifique), które pozostają w związku z kurczliwemi warstwami przedsionka względnie komory. Swoiste te pasma nazywa autor „cardio necteures: w prawym przedsionku „atrio - necteur“ obejmuje węzły Keitha i Flacka (nodus sino-auricularis), węzeł zatokowo przedsionkowy, zaś nazwą „ventriculo - necteur“ obejmuje autor węzeł Tawary, wiązkę Hisa z 2 gałęziami, oraz siatkę włókien Purkynjego. Doskonałe przekroje makro- i mikroskopowe uzupełniają opisy. Na szczególne wyróżnienie zasługuje drobiazgowy opis rozgałęzień krwionośnych, węzłów i wiązki Hisa; korzystał tu autor z prac autorów francuskich, angielskich, niemieckich oraz z prac rodaka naszego Degiel'a. Swoją własną technikę, stosowaną od roku 1913, przedstawia autor wyczerpująco.

W rozdziale następnym w sprawie hipotez mechanizmu serca, stawia autor trzy pytania: 1) Po jakim bodźcu powstaje skurcz mięśnia sercowego? — 2) Dlaczego mięsień sercowy kurczy się miarowo; — 3) W jaki sposób wytwarza się zborność (koordynacja) skurczów przedsionków i komór?

ad 1) Teorja „mięśniowa“ automatyzmu serca wydaje się autorowi prawdopodobną, chociaż zgadza się i z „nerwową“ jako hipotezą tymczasową pomocniczą (hypothése de travail). — ad 2) Hormon sercowy niedawno odkryty na rytm nie wpływa; rytm zależy tu od okresu refrakcyjnego mięśnia sercowego. — ad 3) Nie wypowiada się za żadną z przytoczonych hipotez: wyniki licznych doświadczeń nie są przekonywujące.

W sprawie działania nerwów pozasercowych, przypuszcza autor, że prawy n. błędny i współczulny działają na „atrio-necteur“, (węzły przedsionkowe) zaś lewy n. błędny i współczulny lewy, na „ventriculo - necteur“ (na węzeł Tawary, na wiązkę Hisa oraz na siatkę Purkinjego) wprost bądź też pośrednio — (pośrednikiem byłaby wydzielina dokrewna?).

Elektrokardjogram i jego morfologiczne odmiany, stanowią treść rozdziału trzeciego. Przedstawiwszy prawidłowy elektrokardjogram wspomina o tłumaczeniach: jednak sam autor uważa je za niedostateczne.

W dziale drugim swej pracy umieścił autor rzecz o nieprawidłowościach mechanizmu sercowego. Na wstępie zaznacza, że odmiennie od dotychczasowego odczytywania elektrokardjogramu „jednolinjowego“ t. j. jako wyrazu ruchów serca w całości — autor ściśle odróżnia elektrokardjogram (e. k.) przedsionków od e. k. komór, — zaleca odczytywanie „dwulinjowe“. Nieprawidłowości mechanizmu sercowego wskutek zmiennej s z y b k o ś c i rytmu omawia autor w pierwszym rozdziale. Skurcz przedwczesny przedsionka lub komory nazywa „Protosystole“, opóźniający się skurcz nazywa „hysterosystole“. W grupie pierwszej rozpatruje skurcze dodatkowe (extrasystole), zatokowe, przedsionkowe, przedsionkowo-komorowe i komorowe, wreszcie kombinacje — dalej „hysterosystole“ kombinacje protosystole z hysterosystole. Liczne e. k. objaśniają wywody autora. Końcowe rozdziały omawiają szczegółowo nieprawidłowości mechanizmu sercowego w następstwie zmian przerw PR. e. k. (L'intervalle PR.) i nieprawidłowości z powodu anisorytmji — a więc tachyarytmję przedsionkowa (w postaci trzepotania) i hipertachyarytmję przedsionkową (migotanie przedsionków) oraz te same zmiany komór, wreszcie anisorytmję wskutek zwolnienia czynności (Bradyarytmję przedsionków i komór).

Resumé opiewa: Teorja klasyczna mechanizmu sercowego straciła swą prostotę wskutek nowych odkryć, niemniej zasadniczo opiera się na tezie, że przedsionek ściśle związany jest z komorą — a stąd zborność ich ruchów. Tej zborności (koordynacji) często brak: 1-o nawet w stanie prawidłowym; 2-o częściej jeszcze w schorzałem sercu niezawisłość rytmów przedsionkowych i komorowych staje się czasami tak wybitną, że nie może być mowy wtedy o zborności, również luźnej wtedy.

Przedsionek i komora — spojone są jak ogólnie utrzymują — jeszcze zapomocą wiązki Hisa. Wiązka ta posiada tę samą budowę, co węzeł *zatokowo przedsionkowy*, któremu przypisuje się czynność wcale odmienną, czynność ośrodka ruchowego. Wbrew temu poglądowi przyznaje autor *to samo* znaczenie tym *obydwom* utworom podobnym, które autor oznacza mianem „cardio-necteurs“ t. j. *węzeł zatokowo - przedsionkowy* czyli „atrio-necteur“ jest dla przedsionka tem, czem dla komory jest wiązka His'a lub „ventriculo-necteur“. Tedy „atrio-necteur“ i przedsionek z jednej strony, a „ventriculo - necteur“ i komora z drugiej strony *stanowią dwie części niezależne jedna od drugiej*, — pogląd zresztą poparty rozgałęzieniem naczyń serca. Autor wykazał też, że każdy „cardio-necteur“, *ma swoje własne krążenie z tętnicą końcową* dla „atrio-necteur“ a inną dla „ventriculo-necteur“. Stąd jest logiczną rzeczą przyjąć, że zaburzenie krążenia może dotyczyć jednego z „cardio-necteurs“ albo obu — lecz rozmaicie. Wobec tego wtedy prace przedsionka i komory przestaną być współrzędne. O ile równowaga krążenia obu „cardio - necteurs“ istnieje, to rytmy przedsionka i komory będą jednakie; niezawisłość obu jam pozostaje zakrytą: przedsionek i komora wydają się być ściśle z sobą złączone. Tak dzieje się w sercu prawidłowem. Gdy jednak najlżejsze zaburzenie krążenia się jawi — równowaga zostaje zniszczoną. Przedsionek i komora, biją swym własnym rytmem: *ich niezawisłość wychodzi na jaw;* ich rzekoma zborność ustaje. Mechanizm serca staje się nieprawidłowym. Ta koncepcja wydaje się autorowi bardziej zgodną z faktami klinicznemi i anatomicznemi. Otóż przeważnie własne krążenie — w przeważnej części reguluje mechanizm serca. Nieprawidłowości pochodzą mniej od serca samego, jak raczej od naczyń serca.

Pisek (Lwów).

BIBLIOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Pedjatrja Polska, tom VIII, zeszyt 5, wrzesień-październik 1928): B o g d a n o w i c z i S z e n a j c h: Płonica odozdrowieńcza. K w a s k o w s k i: Kilka słów o dychawicy oskrzelowej w wieku dziecięcym. — G u m i ń s k i i M a r j a n k o-L e w e n f i s c h o w a: Z kazuistyki ostrego zapalenia ucha środkowego u dzieci. — K r u s c h e: O dożylnem stosowaniu 40% roztworu urotropiny w ciężkich stanach duru brzusznego. — K r o t o s k a: Przypadek hemihypertrophia cruciata u dziecka trzyletniego. — I w a s z k i e w i c z: Przebieg i leczenie pląsawicy. — B e r n s t e i n ó w n a i B i a ł a s z e w i c z ó w n a: Badanie krwi i próby czynnościowe w pląsawicy. — P o l a k o w: Przypadek pląsawicy po anginie, zapaleniu stawów i wsierdzia. — F r e n k i e l: Dwa przypadki powikłań nerwowych. — F r e n k i e l: Patogeneza pląsawicy.

Opieka nad dzieckiem, rok VI, nr. 5, (wrzesień-październik) 1928: J. B o g d a n o w i c z: Podstawy kształcenia pielęgniarek w Stanach Zjednoczonych opracowane przez komisję w latach 1918—1921. — W. S z u m a n: Jak dowieść rzeczywistej wartości zakładu wychowawczego. — S. B a g i ń s k i: Pięć lat opieki otwartej nad matką i dzieckiem w Wilnie. — A. K l ę s k: Czy szkoła ma prawo leczyć dzieci wbrew woli, czy wiedzy rodziców?

Kwartalnik kliniczny Szpitala starozakonnych w Warszawie, rok 1928, tom VII, zeszyt III za lipiec, sierpień, wrzesień 1928: I. F l i e d e r b a u m: Badanie doświadczalne i kliniczne nad wpływem układu nerwowego autonomicznego i gruczołów dokrewnych na wodochłonność skóry. — A. G r a b e r: Cierpienia urazowe układu kostno-mięśniowego jako zagadnienie fizjoterapeutyczne i chirurgiczne.

Dziecko i matka, rok III, nr. 23 z r. 1928: Ozdoby choinkowe. L. K r z e m i e n i e c k a: Poczucie prawne u dzieci. — A. P.: Dzieci trudne do prowadzenia. — J. S t r z e l e c k a: Zosia Trojka. — F. K r u s z e w s k a: Wychowanie estetyczne. — M. W ą s o w i c z-S o p o ć k o w a: Higjena dziewczynek. — J. Ś m i a r o w s k a: Higjena ciała i odzieży w ciąży. — L. J a s t r z ę b s k i: O zapaleniach gardzieli. — Fr. Ks. C i e s z y ń s k i: Matki między sobą.

Trzeźwość, r. 1928, nr. 7 i 8: W. C h o d ź k o: Działanie alkoholu na psychikę ludzką. — S. S t y p u ł k o w s k i: Brońmy się przed alkoholem. — H. O s t r o w s k a-S z y m a ń s k a: Kobiety w walce z alkoholem. — M. S k i b a: Alkoholizm inteligencji. — H. O s t r o w s k a-S z y m a ń s k a: Przegląd zagraniczny. — Senat w sprawie wykonywania ustawy przeciwalkoholowej. — M. S k i b a: Z wystawy przeciwalkoholowej „Trzeźwości“.

Trzeźwość, r. 1928, nr. 9 i 10: Wobec Kongresu Warszawskiego: R. Radziwiłłowicz: XIX Międzynarodowy Kongres przeciwalkoholowy. — H. Ostrowska-Szymańska: Wspomnienie. — J. Lewicki: Działalność abstynencka we Francji. — L. Feuerówna: Sprawozdanie z międzynarodowego Zjazdu kolejarzy przeciwników alkoholu w Chur i połączonej z nim wycieczki po Szwajcarji. Przypomnienia. — Ś. p. Ks. Dr. Kaz. Lutosławski. — Wł. Chodecki: Co pić należy zamiast alkoholu? B. Głuchowski: Z ruchu przeciwalkoholowego zagranicą. — M. Skiba: Rzetelna reklama. — M. Skiba: Lwów w walce z alkoholizmem.

Polski Przegląd radjologiczny, tom III, zeszyt 3, z r. 1928: J. Przedborski i E. Głowacki: O postaci chorobowej zapalenia opłucnej śródpiersiowego (pleuritis mediastinalis) u dzieci. G. Bychowski: Przypadek wrodzonego niedorozwoju połowy ciała. — H. Karwowski: Jamy płucne nieme. — B. Grynkraut: Uwagi do zestawienia poglądowego p. t.: „Schorzenia rzeżączkowe stawów“ Dra J. M. Biskiego. — A. Kruze: Zestawienie porównawcze różnych metod mierzenia jakościowego promieni Roentgena w świetle współczesnem. — Z. Grudziński: Wrażenia i uwagi z II Międzynarodowgo Kongresu Radjologicznego w Sztokholmie. — H. Reznikow: Wrażenia ze Zjazdu Towarzystwa lekarzy i przyrodników w Hamburgu.

Medycyna, rok II, nr. 47—48, z 30 listopada 1928: Z. Lewandowski: Oleothorax. — A. Rudolf: O niektórych zagadnieniach z dziedziny leczenia sztuczną odmą piersiową. — A. Galewski: Przewlekłe cierpienie oskrzeli i płuc jako następstwo wchłonięcia ciała obcego. — R. Wierzbicki: Pamiętniki Wiktora Szokalskiego. — Ś. p. Andrzej Ciechomski — wspomnienie pośmiertne.

Czasopismo sądowo-lekarskie, rok I, nr. 3, z r. 1928: Tobiczyk i Kwaśniewski: Kilka uwag o wpływie warunków atmosferycznych na samobójstwa. — W. Grzywo-Dąbrowski: Samobójstwa rozszerzone w Warszawie. — S. Manczarski: Zamach samobójczy czy zbrodnia. — J. Olbrycht: Orzeczenie rekursowe, nieprzyjmujące związku przyczynowego między wypadkiem (dźwignięcie ciężaru) a powstaniem przepukliny pachwinowej. — Samobójstwa w Warszawie w r. 1927. — W. Grzywo-Dąbrowski: Kazuistyka sądowo-lekarska. — W. Lewiński: Z kazuistyki ran postrzałowych.

Polska dentystyka, rocznik VI, nr. 6, za listopad i grudzień 1928: Nowinom lekarskim w 40-lecie ich istnienia. — J. Jarząb: Bakterjologja ropowic w zależności od stosowania środków leczniczych. — A. Raczyński: Nowy model formidła. — A. Cieszyński: Sprawozdanie z działalności Instytutu dent. Uniw. J. K.

Warszawskie czasopismo lekarskie, rok V, nr. 43, z 13 grudnia 1928: E. Flatau: O epidemji zapalenia rozsianego układu nerwowego w Polsce (1928 r.) i o stosunku tego zapalenia do t. zw. śpiączki (encephalitis lethargica), do powikłań nerwowych w niektórych chorobach infekcyjnych i do ostrych przypadków stwardnienia wieloogniskowego. — Z. Świder i N. Przyłuski: Wole całkowicie ukryte w klatce piersiowej jako przyczyna ciężkiej niedrożności przełyku (struma intrathoracica totalis s. occulta). — H. Rasolt: O roli układu siateczkowo-śródbłonkowego w powstawaniu wsierdzia (Streszcz. zbior.). — M. Bornsztejn: Ś. p. Dr. Adam Wizel.

Medycyna praktyczna, rok II, zeszyt 11, z r. 1928: W dziesięciolecie Wskrzeszenia Ojczyzny. — L. Korczyński: Przypadek t. zw. Kochinchińskiej czerwonki. — M. Stabrowski: Odczyny skórne Dicków i Schick'a — ich technika i znaczenie praktyczne. — W. Werner: Zabiegi chirurgiczne lekarza praktyka. — K. Bross: O niedokrewności złośliwej Biermera.

———————

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo niemieckie.

Archiv für Gynäkologie.

Tom 130, z. 2.

Kurt von Gusnar: *Niezwykły przypadek licznych pierwotnych guzów macicy i jajnika.* Preparat uzyskano w czasie operacji osoby 63-letniej, a dokładne badanie makro- i mikroskopowe stwierdziło stan następujący: Liczne małe mięśniaki macicy, kilka większych śródściennych włókniaków, w dnie macicy charakterystyczny rak gruczołowaty z licznemi wysepkami nabłonka płaskiego, który przeważnie zbudowany był atypowo a częściowo uległ zrogowaceniu a które autor określa jako rakowca gruczołowatego (adenocancroid). Powyżej ujścia wewnętrznego macicy znaleziono polipa uszypułowanego o budowie torbielowatej, wielokomorowej, który nie wykazał żadnych cech utkania złośliwego. Oprócz tych zmian w macicy istniał równocześnie guz jajnika lewego o budowie mięsakowej z nielicznymi przerzutami w krezce jajowodu. Badanie drobnowidowe tak mięsaka jak i przerzutów wykazało elementy komórek wrzecionowatych, bujających nieregularnie a obok utkania łączno-tkankowego liczne złogi soli wapniowych w podścielisku. Ponadto niezależnie od mięsaka istniała mała torbiel jajnikowa i wreszcie bardzo wybitna sprawa zapalna w trąbce lewej. Różna budowa histologiczna t. j. rak gruczołowaty macicy z jednej strony a mięsak jajnika z drugiej strony zdaje się wykluczać związek genetyczny obu spraw (w znaczeniu przerzutów). Mimo to istnienie tak licznych i różnych nowotworów, w licznych miejscach narządu rodnego każe myśleć o wspólnej ich przyczynie a więc o temsamem ich pochodzeniu. Zdaniem autora przyczyny tej szukać należy przedewszystkiem w rozprószeniu ognisk zarodkowych.

Mulzer: *Przypadek pierwotnego mięsaka czarnego pochwy.* Guz wielkości wiszni umiejscowiony był na tylnej ścianie pochwy tuż za błoną dziewiczą. Przerzutów nie było. Po wycięciu guza zastosowano zapobiegawczo naświetlanie promieniami Roentgena. Badanie drobnowidowe guza wykazało utkanie tkankołączne z przewagą komórek wrzecionowatych i licznemi komórkami barwikowemi.

W. Schiller: *O komórkach kępek żółtych w macicy.* Jak wiadomo, stosunkowo dość często znajdują się komórki kępek żółtych w zropiałych jajowodach i jajnikach. Natomiast do rzadkości należy obecność ich w innych częściach narządu rodnego, zapalnie zmienionych, jak niemniej w przypadkach raka.

Autor opisuje 2 przypadki raka trzonu macicy, w których udało mu się wykazać typowe komórki kępek żółtych utkania rakowego. W przypadku pierwszym istniały obok raka rozległe zmiany zapalne, któremi tłumaczy autor właśnie obecność tych komórek analogicznie jak to ma miejsce w przypadkach zropienia jajowodu i jajnika. Jako dowód, że komórki kępek żółtych mogą powstawać bez związku z rakiem, przytacza autor trzy przypadki w których komórki te wykazać mógł w błonie śluzowej macicy. We wszystkich trzech przypadkach komórki te rozmieszczone były prawie w jednakowej ilości i równomiernie a głównie naokoło naczyń włosowatych. Tkanka cytogenna otacza te komórki jako ciało obce w znaczeniu bujania odczynowego. Przemawia za tem między innemi okoliczność, że komórki plazmatyczne znajdują się przeważnie na granicy pomiędzy komórkami kępek żółtych i tkanki cytogennej.

Źródłem cholesteryny komórek kępek żółtych jest albo przemiana materji obecnych w tkance substancji (cholesterinphanerose) lub też komórki plazmatyczne, a gromadzi się na miejscu w razie istnienia po temu odpowiednich warunków (cholesterininfiltration). Jakkolwiek się rzecz ma, to zdaniem autora w tworzeniu się tych komórek prawdopodobnie gra ważną rolę nadmierne nagromadzenie się cholesteryny we krwi.

Przypadki autora dotyczyły wieloródek, będących w wieku przekwitania a więc osób, u których, jak wiadomo, zwiększa się zawartość cholesteryny we krwi.

Granzow: *Przyczynek doświadczalny w sprawie czynności układu międzynerkowego w czasie ciąży.* Autor przeprowadził doświadczenia na 18 nieciężarnych i 28 ciężarnych królikach i morskich świnkach, którym wycinał nadnercza po jednej lub po obu stronach. Zwierzęta nieciężarne, ginęły wkrótce po zabiegu. To samo działo się ze zwierzętami ciężarnemi, tak że u żadnego z nich ciąża nie utrzymała się do końca. Autor wnosi stąd, że i u zwierząt ciężarnych nadnercze posiada znaczenie życiowe (żywotne) i to prawdopodobnie w wyższym stopniu aniżeli u zwierząt nieciężarnych. Obdukcja bowiem zwierząt ciężarnych nie wykazała u żadnego z nich powiększenia substancji korowej a ilość nieuszkodzonej tkanki łącznej, niezbędnej dla utrzymania życia, zdaje się być u zwierząt ciężarnych zwiększona. Stan pooperacyjny zwierząt ciężarnych jest znacznie cięższy aniżeli nieciężarnych. Uderza przedewszystkiem wystąpienie drgawek, które co do nasilenia przypominają drgawki po zatruciu strychniną. Wszystko to każe domyślać się, że zwierzę ciężarne w żywotności swej w daleko większym stopniu zależne jest od czynności substancji korowej nadnercza aniżeli nieciężarne.

W przeciwieństwie do doświadczeń, poczynionych z tarczycą i trzustką płodów, należy przyjąć na podstawie doświadczeń autora, że nadnercza płodów nie są w stanie w dostateczny sposób zastępczo spełnić czynności usuniętego organu matki.

Doświadczenia autora nie potwierdziły w końcu zapatrywań niektórych autorów co do czynnościowej równowartościowości nadnerczy i jajników.

Kamniker: *Morfina w położnictwie.* Dawka morfiny w ilości 0.015 nie wywiera żadnego wybitnego wpływu na normalnie pracującą macicę ani w pierwszym ani w drugim okresie porodowym. Zauważyć się daje jedynie nieznaczne przedłużenie się przerw między bólami o 1/3—1/2 ich pierwotnej długości i to przez czas do 1 godziny. Uspokojenie rodzącej trwa około 4 godzin. W przypadkach, w których macica pracuje energicznie, występuje wyraźniej przedłużenie się pauz między bólami. Jako działanie bardzo korzystne zauważyć się daje złagodzenie bólów, rodząca prze łatwiej i energiczniej, co wpływa korzystnie na czas trwania porodu. Działanie morfiny trwa najdłużej 7 godzin, to też żadnych powikłań, które przydarzyć się mogą po tym czasie, nie można już odnieść do działania tego środka. Nie powinno się stosować dawki wyższej jak 0,015. Z 7 przypadków przedłużającego się porodu nawet kilkakrotne wstrzykiwania morfiny tylko w jednym przypadku wywarły prawdopodobnie niekorzystny wpływ na płód. Zresztą nigdy nie stwierdzono pogorszenia się tętna płodu, choć dotyczący materjał obserwacyjny był bardzo duży.

Ścisła krytyczna ocena 113 przypadków porodów ciężkich patologicznych przyjmuje tylko 5 przypadków, w których szkodliwe działanie morfiny jest prawdopodobne. Ale i w tych przypadkach bez wyjątku istniały tak ciężkie powikłania porodowe, które same przez się dostatecznie tłumaczą szkodliwy wpływ na dziecko. Ani spostrzeżenia kliniczne ani badania chemiczne nie przemawiają za gromadzeniem się morfiny w ustroju dziecka. Najdokładniejsza analiza chemiczna nigdy nie wykazała obecności morfiny ani w łożysku ani w ustroju dzieci zmarłych a urodzonych z matek, u których w czasie porodu stosowano ten środek nawet w dawce do 0.025. U jednej rodzącej wystąpiły wymioty, w 3 przypadkach spostrzegano krwotok atoniczny, który odnieść można było do działania morfiny. Jest rzeczą bardzo ważną, aby rodząca, u której zastosowano morfinę, pozostawała pod ścisłą obserwacją z uwagi na ewentualność przeoczenia objawów grożącego pęknięcia macicy. Na 7 przypadków tężca macicy zawiodła injekcja morfiny w jednym przypadku. W przypadkach bólów „za silnych" w 75% przypadkach był skutek bardzo dobry. Również dobre wyniki spostrzegano w przypadkach obrzęku ujścia z następową bolesnością i przedłużeniem się porodu.

W licznych przypadkach zbyt wielkiej wrażliwości rodzącej stwierdzono korzystny wpływ morfiny jak niemniej w przypadkach następowego osłabienia czynności porodowej.

K. B. (Lwów).

NEKROLOGJA.

Ś. p. dr. ADAM WIZEL.

Dnia 15 listopada zmarł w Warszawie dr. Adam Wizel, wybitny psychjatra polski.

Urodzony w r. 1864, ukończył V-te gimnazjum warszawskie, a następnie wydział lekarski uniwersytetu warszawskiego w r. 1889. W celu wyspecjalizowania się w dziedzinie chorób nerwowych i umysłowych wyjechał na czas dłuższy do Paryża, gdzie pracował na klinice Charcota.

Po powrocie do Warszawy został asystentem dra Gajkiewicza w szpitalu Starozakonnych, na ul. Pokornej, a w roku 1897 powołany został na stanowisko ordynatora oddziału psychjatrycznego Szpitala na Czystem. Stanowisko to zajmował w ciągu lat 31, aż do chwili ostatniej. Uczestniczył w wojnie rosyjsko-japońskiej w r. 1904—1906 i w wojnie światowej r .1914. Podczas wojny był ordynatorem Szpitala wojskowego Ujazdowskiego do czasu ewakuacji, a następnie był lekarzem-generałem w Moskwie. Podczas całego swego pobytu w Moskwie otaczał lekarsko-ojcowską opieką emigrantów, a zwłaszcza świat artystyczny.

Działalność naukowa ś. p. dra Adama Wizla obejmuje wszystkie dziedziny psychjatrji: w swych licznych pracach i monografjach oświetla w sposób zawsze rzeczowy i oryginalny cały szereg zagadnień współczesnej psychjatrji. Jako uczeń Charcota, zajął się ś. p. dr. Wizel po powrocie swym do kraju popularyzowaniem idei leczenia histerji za pomocą hipnozy. Chociaż otrzymywał dodatnie wyniki lecznicze za pomocą hipnozy, ciągle dążył do udoskonalenia i pogłębienia tej metody leczniczej. Wytrawny psychoterapeuta, doskonały znawca duszy ludzkiej, zrozumiał, iż zasady, głoszone przez psychoanalizę odpowiadają rzeczywistości i chociaż był zawsze nastrojony do psychoanalizy krytycznie, a początkowo wręcz nieprzychylnie, stopniowo coraz bardziej skłaniał się ku tej nowej wiedzy.

Jako wybitny klinicysta, uwagę swą przedewszystkiem poświęcał zagadnieniom klinicznym. Wyodrębnił specjalną jednostkę chorobową „jawnie niedorozwiniętą postać schizofrenji", odłączając w ten sposób od grupy schizofrenji te właśnie przypadki, z któremi lekarz-niespecjalista ma najczęściej do czynienia, a które dotychczas zazwyczaj mylnie rozpoznawano.

Zawsze żywo odczuwając brak właściwego lecznictwa w psychjatrji, dążył dr. Wizel oddawna do znalezienia właściwej metody leczniczej psychoz. Spostrzegł, iż choroby gorączkowe wpływają dodatnio na przebieg psychoz. I otóż zdecydował się w przypadku psychozy zaszczepić w celu leczniczym dur powrotny. Niestety, ów pierwszy przypadek skończył się śmiertelnie i dlatego dr. Wizel, który nigdy nie chciał okupić nawet największego postępu wiedzy narażeniem życia chorego, zaniechał tej metody leczniczej, która następnie okazała sie wielkim triumfem współczesnej psychjatrji. Dopiero później, gdy Wagner-Jauregg wprowadził leczenie porażenia postępującego za pomocą szczepienia zimnicy, dr. Wizel podjął nanowo swe doświadczenia, niestety zbyt pospiesznie przerwane, i pierwszy w Polsce wywalczył leczeniu za pomocą zimnicy to poczytne miejsce, jakie obecnie zajmuje w lecznictwie psychjatrycznem. Należy więc pamiętać o tem, że dr. Wizel nie tylko utrwalił u nas leczenie porażenia postępującego za pomocą zimnicy, lecz był współtwórcą tej idei, która rozsławiła nazwisko Wagnera-Jauregga po całej kuli ziemskiej.

W ostatnich latach życia wprowadził dr. Wizel leczenie malaryczne schizofrenji. Leczenie to znajduje coraz więcej zwolenników nie tylko u nas, lecz stopniowo myśl, podjęta przez dra Wizla, toruje sobie drogę i w klinikach zagranicznych.

Zawsze troskliwy o los swych chorych, starał się w miarę możności ulżyć ich niedoli. Był jednym z założycieli „Zofjówki", zakładu dla umysłowo chorych w Otwocku, był członkiem honorowym Towarzystwa Opieki nad ubogimi nerwowo i umysłowo chorymi żydami.

Rozmiłowany w swej wiedzy, zawsze młody i pełen otuchy, jeśli chodziło o postęp wiedzy, namiętny obrońca każdej słusznej sprawy, był dla swych uczniów-asystentów nie tylko szefem, lecz ich niezachwianym i szczerze oddanym przyjacielem.

Miłując prawdę ponad wszystko, był nieubłaganym przeciwnikiem obłudy, wszelkiego doktrynerstwa. Umiał być tkliwym dla tych, których szanował, nieprzystępnym zaś dla tych, którymi pogardzał.

Świetlana postać dra Wizla jest tak droga i bliska sercu każdego, kto miał szczęście z Nim współpracować, iż nigdy nie będzie zapomniania: łączył On bowiem w sobie cechy nie tylko człowieka nauki i wielkiego partjoty, lecz człowieka o niepospolitem pięknie duszy.

Cześć Jego pamięci!

Dr. R. Markuszewicz.

Spis prac dra Adama Wizla:

1) Astarja — Abazja. Gazeta Lekarska 1891.

2) Najnowsze poglądy na kwestję agrafji. Gazeta Lekarska, 1892 r.

3. Przypadek histerji z obrzękiem histerycznym czerwonym i pewnem szczególnem zaburzeniem pamięci. Gazeta Lekarska, 1893 r.

4) Przyczynek do nauki o padaczce Jacksona (A. Wizel i K. Rychliński). Gazeta Lekarska, 1894.

5) Un cas de sclérose en plaques à forme d'hémiplégie alterne. Révue Neurologique, 1895.

6) Przypadek urazowego wylewu krwi do substancji białej mózgu (M. Borsuk i A. Wizel). Przegl. chirurgiczny 1895.

7) Kilka słów o hipnozie i leczeniu hipnotycznem na zasadzie własnych spostrzeżeń. Medycyna 1895.

8) O urojeniach wstecznych, jako o odrębnej postaci urojeń. Medycyna 1896.

9) Wiek nerwowy w świetle krytyki. Monografja, 1896.

10) Kilka słów o nowoczesnych odkryciach w dziedzinie histologji układu nerwowego. Medycyna, 1897.

11) Dowcip u obłąkanych. Krytyka lekarska, 1899.

12) Stosunek psychologji do pschjatrji. Krytyka lekarska, 1901.

13) Patogeneza swoistego budzenia paralityków. Gazeta lekarska, 1902.

14) To samo po niemiecku. Neur. Zentralblatt.

15) Przypadek fenomenalnych zdolności rachunkowych u głuptasa. Medycyna, 1902.

16) Ueber das Rechentalent bei einem Imbezillen. Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankheiten, 1902.

17) Organizacja opieki nad umysłowo chorymi na Dalekim Wschodzie (A. Wizel i P. Awtokratow). Medycyna, 1905.

18) O rozpoznaniu różniczkowem pomiędzy otępieniem wczesnem a psychozą manjakalno-depresyjną. Medycyna i Kronika Lekarska, 1910.

19) O istocie i leczeniu niemocy płciowej pochodzenia nerwowego. Gazeta Lekarska, 1910.

20) Zjawiska psychogalwaniczne u umysłowo chorych (A. Wizel i N. Zylberlastówna). Neurologja polska, 1913.

21) Zaburzenia płciowe pochodzenia psychicznego. Monografja, 1914.

22) Przypadek schizofrenji z charakterystycznym zespołem urojeniowym. Lek. wojsk. 1921.

23) Zespół Gansera. Kwart. Szpital. Starozak.

24) Bezład kojarzeniowy w schizofrenji Przegl. filozoficzny. 1921 r.

25) W sprawie otępienia wrzekomego i zespołu Gansera. 1922.

26) Psychoza u 2 sióstr bliźniąt (A. Wizel i G. Krukowski).

27) O leczeniu paraliżu malarją (A. Wizel i L. Prussak). W. Czasopismo Lek. 1925.

28) Traitement de la p. p. par le paludisme (A. Wizel i L. Prussak). L'Encephale 1925.

29) Leczenie paraliżu malarją. Kalendarz lekarski 1925.

30) Postacie niedorozwinięte schizofrenji. W. Czasopismo lek. 1926 r.

31) Formes frustes de la schizophrenie.

32) Pamiętnik pacjentki. Monografja. 1927.

33) Sprawozdanie z pierwszych prób leczenia schizofrenji zimnicą (A. Wizel i R. Markuszewicz). Warsz. Czasopismo Lek. 1927.

34) Premiers résultats du traitement paludien dans la schizophrénie (A. Wizel et R. Markuszewicz). L' Encéphale, 1927.

35) Drugie sprawozdanie z prób leczenia schizofrenji zimnicą (A. Wizel i R. Markuszewicz). Polska Gazeta Lek. 1928.

36) To samo po niemiecku. Obecnie w druku w „Jahrb. f. Psych. u. Neur.

Ś. p. JAN MOSZKOWICZ.

Rankiem 14 grudnia 1928 rozeszła się we Lwowie żałobna wiadomość o śmierci Jana Moszkowicza, o odejściu Tego, który pracował w mieście naszem przez lat prawie 30 i trudem Swego życia zaskarbił Sobie uznanie i miłość kolegów, wdzięczność chorych i szacunek wszystkich, którzy Go znali. Był to bowiem człowiek istotnie niezwykły: charakter niby kruszec szlachetny, nawskróś rzetelny, co nie znał kompromisów, który potrafił najlepszemu przyjacielowi rzucić prawdę w oczy, a nie znosił ludzi chodzących krętemi drogami; lekarz myśliciel, uzdolniony wszechstronnie, o subtelnym sposobie myślenia i wielkiem doświadczeniu życiowem. Człowiek bez wytchnienia czynny, odznaczał się wprost nadmierną skromnością, która Go skłaniała do unikania rozgłosu i zaszczytów, do usuwania się od stanowisk reprezentacyjnych; ta skromność i surowa autokrytyka była też przyczyną, że niechciał nigdy ogłaszać drukiem Swych spostrzeżeń i myśli.

Gdy na kilka godzin przed śmiercią, trapiony silnemi bólami, zażądał roztworu morfiny, aby go Sobie własnoręcznie zastrzyknąć, na propozycję rodziny o wezwanie lekarza odparł: „Nie trzeba, wszak to drobnostka". Tak mówił, choć zdawał Sobie sprawę ze stanu, w jakim się znajdował, tak mówił Ten, który kolegom w chorobie świadczył niezmiernie wiele i miał niezaprzeczone prawo do ich wdzięczności.

Niezwykle sympatycznym rysem ś. p. Moszkowicza była wielka miłość rodzinna. Kto Go widział w zabawie z wnukiem, widział człowieka niezmiernie szczęśliwego i dobrego, jakiego rzadko tylko spotyka się w twardem życiu naszem. Zmarły pozostawił wdowę Idę, syna Dra Stanisława, aplikanta sądowego, i brata Dra Ludwika, znakomitego chirurga, docenta na wydziale lekarskim Uniwersytetu wiedeńskiego.

Życiorys śp. Moszkowicza jest nader prosty, tak prosty, jak proste było Jego życie. Urodził się w Krakowie, 4 stycznia 1858, tam uczęszczał do szkoły ludowej i do gimnazjum, które ukończył w r. 1876. Po jednem półroczu, spędzonem na politechnice wiedeńskiej, wstępuje w r. 1877 na wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego; w r. 1881 przenosi się do Wiednia, gdzie otrzymuje stopień doktora w r. 1882. Następnie pracuje w szpitalach wiedeńskich, a w r. 1884 przenosi się do Salcburga i obejmuje tam stanowisko asystenta szkoły położnych. Godziny wolne od pracy lekarskiej poświęca pracy w szkole przemysłowej i pilnie uczy się rzemiosł.

Przygotowawszy się rzetelnie we wszystkich działach medycyny zaczyna w r. 1886 Swoją wielką pracę lekarza praktyka, którą wykonywa najpierw w Tarnopolu (do r. 1900), a następnie we Lwowie do ostatnich niemal godzin Swojego pracowitego żywota. Przez lat przeszło 40 śp. Moszkowicz służył — dosłownie służył — chorym, bez względu na własną wygodę i na własne zdrowie. Przecie na kilkanaście godzin przed śmiercią, czując się już bardzo źle, odwiedzał jeszcze chorych! Chorzy, którzy raz



byli w opiece Moszkowicza, niechętnie zwracali się do innego lekarza — taki to miał dar zjednywania chorych, a tajemnicą tego powodzenia było, że kochał chorych tak jak głęboko kochał Swój zawód. Był On zawsze tylko lekarzem wolno praktykującym, niepiastował nigdy żadnej „posady", bo wysoko trzymał sztandar niezawisłości lekarskiej i uznawał za jedynie właściwy, stosunek lekarza do chorego oparty na zaufaniu.

Drugim żywiołem śp. Moszkowicza była praca społeczna wśród lekarzy. Wkrótce po osiedleniu się we Lwowie, w r. 1903, powołany został do komitetu organizacyjnego zjazdu lekarzy Małopolski, mającego omówić sprawy zawodowe. Wystąpił podówczas z referatem programowym, który Go wysunął na czoło pracowników w organizacji zawodu. Zaproszony do komitetu redakcyjnego „Głosu lekarzy", pracował tam bez przerwy aż do wybuchu wojny światowej.

Oficjalna instytucja zawodowa, jaką jest Izba Lekarska, rychło zwróciła Jego uwagę. To też już w latach 1905 do 1908 widzimy Go w wydziale Izby wschodnio-galicyjskiej jako skarbnika i jednego z najwięcej obowiązkowych pracowników Izby. Następnie, już w Polsce odrodzonej, wszedł do Zarządu Izby Lwowskiej w r. 1923 i pracował tam do końca Swojego życia, w ostaniej kadencji jako zastępca naczelnika. W czasie ostatniej choroby śp. Jana Papée'go i po Jego śmierci prowadził Moszkowicz sprawy Izby samodzielnie przez kilkanaście miesięcy. W tym czasie dał się poznać jako znakomity organizator i to na polu poprzednio sobie zupełnie obcem, mianowicie w urzędowaniu kancelarji Izby. Wyboru na przewodniczącego Izby, którym Go koledzy zaszczycili w maju r. 1928, nie przyjął i złożył tę godność w ręce piszącego niniejsze słowa.

W naradach Izby wyszczególniał się myślami oryginalnemi i trafnemi, oraz zawsze przekonywającemi wywodami. Nie wymawiał się od żadnej pracy, ale za główne zadanie Swoje uważał stworzenie w łonie Izby pożytecznej instytucji dla zabezpieczenia losu lekarza niezdolnego do zarobkowania oraz losu pozostałych po lekarzach wdów i sierót. Pracował też nieustannie nad udoskonaleniem ubezpieczeń izbowych, a szczególniej t. zw. Kasy Emerytalnej, i poświęcał długie godziny i wiele trudu żmudnym obliczeniom i rozlicznym konferencjom, niemal do ostatniego tchnienia życia. Tu w całej pełni zajaśniały wszystkie przymioty Zmarłego: serce czułe na cudze nieszczęście, silne poczucie konieczności samopomocy, energja i wytrwałość zdumiewająca, gruntowność w traktowaniu spraw, wreszcie zmysł praktyczny, obja-

wiający się w przystosowaniu własnego tworu do pomysłów obcych i do zmienionych warunków. Pracy tej niestety nie ukończył i pozostawił dzieło rozpoczęte, które trudno będzie dalej prowadzić.

Izba Lekarska Lwowska straciła w Zmarłym swego duchowwego przewodnika, a nazwisko śp. Jana Moszkowicza zapisało się złotemi głoskami w historji Izby.

Cześć pamięci wielkiego Lekarza i wielkiego Obywatela!

A. Kuhn (Lwów).

LISTY DO REDAKCJI.

Szanowna Redakcja Polskiej Gazety lekarskiej!

Czytając ostatni numer Waszego cennego pisma, mianowicie referat o uroczystościach z okazji 40-lecia Nowin lekarskich w Poznaniu *z żalem* stwierdziliśmy, brak wzmianki o udziale naszej Redakcji. Uważaliśmy za nasz braterski, słowiański i koleżeński obowiązek, żeby przesłać gratulacje przy tak znamienitej uroczystości braci Polaków. Dlatego Was gorąco prosimy, raczcie w następnym numerze stwierdzić, że nasza Redakcja dnia 15 listopada listem poleconym przesłała Redakcji Nowin lekarskich życzenia na Jej świetny jubileusz.

W oczekiwaniu komunikatu o który prosimy (??) pozostajemy z braterskiem pozdrowieniem

Dr. Vladimir Jelovsek, naczelny redaktor czasopisma Lijecnicki Vjesnik.

Karlovac, 23 grudnia 1928.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Kurs alkohologji i walki z alkoholizmem. Z inicjatywy Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i w porozumieniu z Wydziałem Zdrowia magistratu m. st. Warszawy Państwowa Szkoła Higjeny organizuje trzymiesięczny kurs alkohologji i walki społecznej z alkoholizmem.

Kurs rozpocznie się dnia 18 lutego r. 1929 i jest przeznaczony dla lekarzy-kandydatów na stanowiska kierowników Przychodni Przeciwalkoholowych. Dla ograniczonej liczby słuchaczy będą przyznane stypendja w wysokości 1200 zł. płatne w ratach miesięcznych po 400 zł. Warunkiem zasadniczym dla ubiegających się o stypendjum jest całkowita abstynencja. Wpisowe wynosi 25 zł.

Zapisy na kurs i podania o stypendjum przyjmuje Sekretarjat Państwowej Szkoły Higjeny (Chocimska 24, telefon 104-81) do dnia 1-go lutego r. 1929 za złożeniem:

1) Odpisu dyplomu lekarskiego.
2) Krótkiego curriculum vitae.

Państwowa Szkoła higjeny. Dnia 20-go u. m. odbyło się w Państwowej Szkole Higjeny zamknięcie III-go kursu trachomatologji, zorganizowanego z inicjatywy Departamentu Służby Zdrowia Min. Spraw Wewnętrznych.

W kursie uczestniczyło ogółem 56 lekarzy, w tem lekarzy powiatowych 9, z przychodni przeciwjagliczych 7, szkolnych 7, rejonowych 11, z Kas chorych 14, sejmikowych 7 i wolnopraktykujący 1. Kobiet uczestniczyło 15, mężczyzn 41.

Po złożeniu sprawozdania z przebiegu kursu przez delegata Departamentu Służby Zdrowia, Dr. M. Zacherta, przemawiali: Prof. Neiszewski w imieniu prelegentów oraz Dr. W. Chodźko, Dyrektor Państwowej Szkoły Higjeny. W imieniu wszystkich słuchaczy jeden z uczestników wyraził podziękowanie prelegentom i organizatorom kursu, poczem rozdane zostały uczestnikom zaświadczenia.

Komunikat Zarządu Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej. W okresie przedwyborczym Zarząd Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej uważał za swój obowiązek nie wpływać na polemikę przedwyborczą, obecnie jednak mniema, że ma prawo podać do publicznej wiadomości sprostowanie niektórych nieścisłości, zawartych w odezwie „Komitetu Wyborczego Zjednoczonych Stowarzyszeń Lekarskich".

Postawiono w odezwie Zarządowi Izby zarzut, że głosy krytyki nietylko pojedyńczych lekarzy, ale i związków traktował jako wystąpienia przeciw Izbie, grożąc sądami. Fakt podobny nigdy nie miał miejsca, gdyż krytykowano Zarząd Izby tak w prasie, jak i w wystąpieniach publicznych i nigdy reakcji ze strony Zarządu na te wystąpienia nie było. Jedyny zaś fakt niewłaściwego pod względem formalnym zachowania się jednego z członków Rady na początku Kadencji Zarządu nie może być podstawą zarzutu wobec złożonego przez tegoż kolegę wyjaśnienia na następnem posiedzeniu Rady.

Na Zarządzie Izby, który według słów odezwy miał być wybrany według klucza partyjnego, niemajoryzowano w ciągu całej kadencji niczyich przekonań i uchwały zapadały prawie zawsze jednogłośnie. Większość nie wykorzystywała — słusznie zresztą przysługującego jej prawa — przegłosowywania mniejszości, aby umożliwić zgodne współżycie, które też aż do końca kadencji Zarządu zakłóconem ani razu nie zostało. Wobec tych pojednawczych tendencyj nie mogło być mowy o interesach partyjno-politycznych jakiejkolwiek grupy.

Ani jeden konflikt z Władzami państwowemi nie został przegrany, gdyż jedyna kwestja, jaka okazała się sporną — kompetencja Sądu Izby — znajduje się w Trybunale Administracyjnym i dotychczas rozpatrywaną nie była.

W sprawie innych zarzutów, poruszonych w odezwie, Zarząd mniema, że w akcji każdej instytucji będą luki, które mogą dać pole do twórczej krytyki, w pracach zaś ustępującego Zarządu tembardziej, gdyż nie mógł on uzyskać poparcia odnośnych władz i czynników w takich choćby sprawach jak organizacja ubezpieczeń społecznych, a nawet nie mógł uzyskać prawnej egzekutywy w stosunku do swych członków choćby w sprawie ogłoszeń lekarskich.

Fakt braku prawnej egzekutywy Komisja Deontologiczna Izby uznała za tak kardynalny, że wszelka rozbudowa akcji ideologicznej byłaby bezcelową.

Zarzut wrogiego stosunku Zarządu do Kas chorych jest zupełnie bezzasadny, ponieważ nie jest oparty ani na akcji Zarządu, ani na jego uchwałach.

Sprawy zarobkowe lekarzy były sprawą często poruszaną przez Zarząd i Komisje; niestety nie mając wystarczających podstaw prawnych do narzucenia swej woli, Zarząd mógł jedynie w przypadkach arbitrażu przeprowadzać swe zamierzenia.

Zebranie przedwyborcze w dniu 11 października 1928 r. zostało rozwiązane przez Wiceprzewodniczącego jedynie dlatego, że poszczególne organizacje zgłosiły formalne oświadczenie, że nie zgadzają się na wspólnie uzgodnioną listę, wobec czego dalsza dyskusja byłaby bezprzedmiotową i nic zmienić by nie mogła.

Będąc dalekim od mniemania, że Zarząd postępował zawsze najtrafniej i najlepiej i chętnie słuchając słów krytyki, Zarząd Izby uważa jednak, że bronić się musi przed zarzutami, które przeinaczają istotny stan rzeczy.

Poza tem Zarząd Izby czuje się w obowiązku stwierdzić niezależnie od poruszonej sprawy odezwy przedwyborczej, że sprawy odnoszące się do życia stanu lekarskiego i funkcjonowania Izby winny być rozpatrywane jedynie na łamach prasy lekarskiej, natomiast nie wkraczać na łamy pism brukowych.

Naczelnik Izby (—) *Dr. Adam Przyborowski.* Zastępcy Naczelnika (—) *Dr. Al. Gruszczyński,* (—) *Dr Antoni Stefanowski.* Członkowie Zarządu (—) *Dr. Marja Kasperowiczowa,* (—) *Dr. Antoni Turski,* (—) *Dr. Józef Mazurek,* (—) *Dr. Stanisław Mutermilch,* (—) *Dr. Maurycy Hertz,* (—) *Dr. Marjan Jastrzębski.*

Sekcja Farmaceutyczna Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia przy Ministrze Spraw Wewnętrznych na posiedzeniach w dniach 28 i 29 listopada r. u., którym przewodniczył Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych Dr. Piestrzyński i zastępca jego Dr. Adamski, obradowała nad projektami jednolitych dla całego Państwa ustaw: aptekarskiej i drogeryjnej. W posiedzeniu brali udział przedstawiciele Departamentu Służby Zdrowia, Ministerstw Przemysłu i Handlu oraz Spraw Wojskowych, Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Warszawskiego, Ogólno Państwowego Związku Kas Chorych, aptekarzy, przemysłu chemiczno-farmaceutycznego, Związku pracowników aptecznych i drogistów.

Przedmiotem obrad były głównie wytyczne tych ustaw a mianowicie: czy detaliczna sprzedaż lekarstw powinna odbywać się tylko z aptek czy i z innych zakładów handlowych, czy należy utrzymać system koncesyjny aptek, jaki zakres uprawnień przyznać drogerjom (detalicznym składom materjałów aptecznych) i czy drogerje mogą być zakładane dowolnie, czy też liczba ich ma być ograniczona.

Po wyczerpującej dyskusji nad powyższemi zagadnieniami uchwalono:

1) dostarczenie lekarstw publiczności powinno odbywać się tylko z aptek jako zakładów, posiadających odpowiednie urządze-

nia i prowadonych przez osoby, posiadające należyte przygotowanie teoretyczne i praktyczne,

2) celem prawidłowego rozmieszczenia aptek należy utrzymać system koncesyjny,

3) drogerje powiny posiadać wyłączne prawo do sprzedaży trucizn, używanych w przemyśle, technice i gospodarstwie domowem oraz farb trujących,

4) nadmierna liczba miejsc sprzedaży trucizn jest niepożądana.

Pozatem zaproponowano szereg poprawek do opracowanego przez Departament Służby Zdrowia projektu ustawy aptekarskiej.

Z Dziekanatu Wydziału lek. Uniw. Warszawskiego. Wobec stwierdzenia systematycznego powtarzania się nieprawnego używania przez wyjeżdżających zagranicę lekarzy tytułów „asystentów klinik" oraz „profesorów", co ostatnio znów miało miejsce na zjeździe przeciwgruźliczym w Rzymie, Wydział Lekarski Uniwersytetu Warszawskiego ostrzega, że w przyszłości każdy stwierdzony fakt będzie podawał do wiadomości publicznej w prasie lekarskiej imiennie, wytaczając jednocześnie sprawę na forum odnośnych Izb Lekarskich.

Dziekanat Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego podaje do wiadomości, że jest do nadania stypendjum firmy Brevets Lumière w Lyonie w wysokości 5.000 fr. fr. w celu umożliwienia lekarzom polskim studjów naukowych w Zakładach i Klinikach w Lyonie ewen. w Paryżu ze zwrotem kosztów podróży.

Lekarze ubiegający się o to stypendjum muszą biegle władać językiem francuskim i winni złożyć w Dziekanacie Lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego podanie z następującemi załącznikami: a) curriculum vitae, b) program projektowanej pracy w Klinikach w Lyonie; c) zobowiązanie przedłożenia szczegółowego sprawozdania z wyników studjów w Paryżu; odbitki prac naukowych. Termin składania podań do 15 stycznia 1929 r.

Dziekan Wydz. Lek. Un. Warsz. *R. Nitsch.*

VIII Zjazd Tow. Internistów Polskich. W czasie XIII-ego Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich, który zbiera się w Wilnie w dniach 26—29 września 1929 roku, odbędzie się, jako sekcja tegoż Zjazdu, VIII-y Zjazd Towarzystwa Internistów Polskich.

Tematy główne VIII-ego Zjazdu Towarzystwa Internistów Polskich:

Temat I. Ciśnienie krwi i jego zaburzenia. Sprawozdawcy: prof. Januszkiewicz, prof. Eiger i prof. Traczewski z Wilna oraz doc. Sochański ze Lwowa.

Temat II. Układ śródbłonkowo-siateczkowy. Sprawozdawcy: prof. Paszkiewicz, prof. Venulet i doc. Semerau-Siemianowski z Warszawy.

We wszystkich sprawach, związanych z powyższym Zjazdem, należy się zwracać do Przewodniczącego sekcji, prof. Zenona Orłowskiego (Wilno, Szpital św. Jakóba, biuro I kliniki chorób wewnętrznych U. S. B.).

„Wynalazki i odkrycia" zeszyt grudniowy zawiera jak zawsze szereg wybitnie naukowych artykułów jak „Rad", dalej G. Marconi o rozwoju radjo techniki, Inżynier Plebański pisze o stacjach beamowych i niezwykle ciekawy artykuł o najnowszej senzacji to znaczy o fultografje!

Obok aktualnych senzacji technicznych do których można zaliczyć: ratowanie załogi zatopionej łodzi podwodnej, pocisk zapalający, meble ze stali, fałszerze dzieł sztuki.

Wreszcie znajdujemy znaczną ilość drobniejszych artykułów o rozlicznych wynalazkach, które w ostatnim czasie pojawiły się w świecie.

W zakończeniu znajdujemy dział dla młodzieży mającej pociąg do pracy nad zagadnieniami technicznemi oraz bardzo poważny konkurs na temat z dziedziny wojskowej.

Całość jest bogato ilustrowana.

P. Skłodowska-Curie u wynalazców polskich. W ubiegłym miesiącu przybyła z Paryża do Warszawy znakomita nasza rodaczka P. Skłodowska-Curie celem zapoznania się ze stanem organizacji Instytutu Radowego.

Przy tej sposobności przedstawił się Jej również zarząd nowo założonego Związku wynalazców polskich z prezesem inżynierem gen. J. Lipkowskim na czele.

P. Skłodowska-Curie z najżywszem zainteresowaniem omawiała zagadnienia polskiej wynalazczości i losu polskich wynalazków. Na zakończenie konferencji przyjęła godność członka honorowego Związku Wynalazców polskich oraz ofiarowała wydawnictwu „Wynalazki i Odkrycia" swój portret z dedykacją.

Polscy rzecznicy patentowi popierają Związek Wynalazców Rzplitej Polskiej. W tych dniach Związek Polskich Rzeczników patentowych na skutek starań zarządu Związku Wynalazców Rzplitej Polskiej uchwalił udzielić 20% zniżki od przyjętej taksy wszystkim członkom związku, za okazaniem legitymacji członkowskiej.

Z radością należy podkreślić, że tak pożyteczny dla kraju i życia gospodarczego państwa Związek, znajduje poparcie wśród poważnych organizacyj zawodowych.

Miejmy nadzieję, że poczynania Związku Wynalazców znajdą zrozumienie i poparcie także wśród organizacji przemysłowych, handlowych i innych.

Program Kursu Dokształcającego dla Lekarzy przy Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego. Od 14 marca do 23 marca włącznie 1929 r. Na kurs się złożą wykłady i zajęcia praktyczne. Wykłady będą dotyczyć spraw, żywo obchodzących lekarzy praktyków pod względem djagnostycznym i leczniczym.

Wykaz wykładów: 1) Z Medycyny Wewnętrznej: 1) Doc. Sz. Bronowski: O skrytem ostrem i przewlekłem zapaleniu wsierdzia oraz o jego leczeniu, 1 godz. — 2) Doc. Wł. Filiński: Prądy szybkozmienne (Diatermja, d'Arsonvalisacja) w lecznictwie, 2 godz. — 3) Doc. L. Karwacki: Djagnostyka laboratoryjna i kliniczna chorób zakaźnych, 1 godz. — 4) Doc. S. Klein: Splenomegalja, 2 godz. — 5) Prof. J. Modrakowski: Stosowanie w lecznictwie adrenaliny i pochodnych oraz histaminy i pituitryny, 1 godz. — 6) Prof. W. Orłowski: Żółtaczka nieżytowa, jej istota i leczenie, 1 godz. — 7) Doc. M. Semerau-Siemianowski: Nadciśnienie samoistne, 1 godz. — 8) Doc. Semerau-Siemianowski: Niedomogi wielogruczołowe, 1 godz. — 9) Doc S. Sterling-Okuniewski: Choroby aorty, zależne od jej rozszerzenia, 1 godz. — 10) Prof. E. Żebrowski: Wczesne objawy niedomogi krążenia, 1 godz. — B) Z Pedjatrji: 1) Doc. M. Erlich: Djetetyka i terapja w sprawach jelitowych u niemowląt, 2 godz. — 2) Prof. M. Michałowicz: Metody odżywiania niemowląt, 4 godz. — 3) Doc. W. Szenajch: Djagnostyka i terapja chorób zakaźnych w wieku dziecięcym, 2 godz. — 4) Doc. W. Szenajch: Prowadzenie Szpitala Dziecięcego w związku z walką z zakażeniem wewnątrzszpitalnem, 1 godz. — C) Z Neurologji: 1) Adjunkt dr. Z. Messing: Różniczkowanie nerwic i chorób organicznych nerwowych, 1 godz. — 2) Prof. K. Orzechowski: Rozpoznawanie i leczenie rwy kulszowej, 1 godz. — 3) Doc. S. Pieńkowski: Rozpoznawanie wczesnych okresów kiły ośrodkowej, 1 godz. — D) Z Psychjatrji: 1) Dr. W. Łuniewski: Rola rzeczoznawcy psychjatrycznego w sądzie, 1 godz. — 2) Prof. J. Mazurkiewicz: Wczesne objawy psychoz, 1 godz. — 3) Adjunkt dr. F. Wichert: O narkomanji, 1 godz. — E) Z Chirurgji: 1) Doc. K. Kaczyński: Postępowanie chirurgiczne w przypadkach świeżych ran urazowych, 1 godz. — 2) Prof. A. Leśniowski: Leczenie operacyjne kamicy żółciowej, 1 godz. — 3) Prof. A. Leśniowski: W sprawie t. zw. przerostu gruczołu krokowego, 1 godz. — 5) Dr. J. Rutkowski: O przetaczaniu krwi, 2 godz. — 6) Doc. A. Wojciechowski: Złamanie napięstkowe kości promieniowej i wskazania lecznicze, 1 godz. — 7) Doc. A. Wojciechowski: W sprawie t. zw. stopy końsławo-płaskiej, 1 godz. — F) Z Ginekologji i Położnictwa: 1) Doc. H. Beck: Rozpoznawanie i leczenie niedowładu macicy, 1 godz. — 2) Doc. H. Gromadzki: Wczesne rozpoznawanie raka, 1 godz. — 3) Doc. L. Lorentowicz: Patogeneza i leczenie upławów narządów rodnych kobiety, 1 godz. — 4) Doc. Z. Monsiorski: Djagnostyka ciąży zamacicznej, 1 godz. — 5) Dr. T. Zwoliński: Leczenie poronień, 1 godz. — G) Z Otolaryngologji: 1) Prof. F. Erbrich: Gruźlica krtani, 2 godz. — 2) Prof. F. Erbrich: Wskazania dla zabiegów operacyjnych (trepanacji) w ostrych i przewlekłych cierpieniach uszu, 1 godz. — H) Z Dermatologji i Syfilidologji: 1) Prof. F. Krzyształowicz: Znaczenie odczynu Bordet-Wassermanna dla kliniki, 1 godz. — 2) Prof. F. Krzyształowicz: Zarys nowoczesnego leczenia chorób skórnych, 2 godz. — I) Z Okulistyki: 1) Doc. M. Melanowski: Jaskra a zaćma, 1 godz. — 2) Prof. K. Noiszewski: Choroby oczne najpotrzebniejsze dla lekarzy praktyków, 1 godz. — K) Z Rentgenologji: 1) Doc. A. Elektorowicz: Rentgenodjagnostyka chorób przewodu pokarmowego, 2 godz. — 2) Doc. Z. Grudziński: Choroby układu kostnego w obrazie rentgenologicznym, 2 godz. Pozatem na Kursie będzie zwrócona szczególna uwaga na zajęcia praktyczne w Klinikach, podczas których będą demonstrowane metody badania oraz leczenie, pokazy, operacje na chorych oraz (prof. L. Kryński, 3 godz.), zabiegi operacyjne na zwłokach. Kurs odbędzie się o ile zgłosi się przynajmniej 30 uczestników.

Opłata ryczałtowa za całkowity kurs 75 zł, dla asystentów i hospitantów klinik i oddziałów szpitalnych m. Warszawy 30 zł. Ostateczny termin zgłaszania się na kurs 1 marca 1929 r. Zgłoszenia, wszelkie zapytania informacyjne i wpłaty pieniężne należy kierować na ręce asystenta II Kliniki Chor. Wewn. Dr. Stanisława Hroma, Warszawa, ul. Nowogrodzka 59, Szpital Dz. Jezus. II Klinika Chor. Wewn. Uniw. Warsz.

W sprawie duru plamistego wśród lekarzy. (Z Oddziału Statystyki i Epidemjologji Państwowej Szkoły Higjeny). Dr. M. Kacprzak. Nasz świat lekarski poniósł w czasie lat ubiegłych wielkie straty z powodu epidemij, szczególnie duru plamistego, większe, niż jakikolwiek inny zawód, z czego społeczeństwo nie zdaje sobie dokładnie sprawy. Chcąc zebrać jaknajdokładniejsze dane w tej kwestji, aby uczcić pamięć poległych na posterunku, chcemy z ramienia Departamentu Służby Zdrowia wydać pracę ze wszystkiemi szczegółami, dotyczącemi epidemji duru plamistego wśród lekarzy w granicach dzisiejszej Rzeczypospolitej Polskiej za okres lat 1914—1928.

W pracy tej podajemy listę imienną zmarłych i zależy nam bardzo na tem, aby w niej nie było żadnych błędów i żadnych braków. Dlatego też zwracamy się, za pośrednictwem pism lekarskich do Kolegów z uprzejmą prośbą o łaskawe nadsyłanie poprawek i uzupełnień w niżej zamieszczonej liście według załączonego wzoru i wszelkich uwag (nawet epizodów) w tablicy nie uwzględnionych, pod adresem: M. Kacprzak, Państwowa Szkoła Higjeny Chocimska 24, Warszawa.

Lista lekarzy, zmarłych na tyfus plamisty w Polsce od r. 1914.

A. Lekarze cywilni.

(Nazwisko i imię. Miejsce zgonu. Rok śmierci. Zajmowane stanow.) 1) Dr. Arnstejn Feliks l. 67, Otwock, 1916, lek san. — 2) Dr. Auerbach Emanuel, l. 57, Lwów, 1919. — 3) Dr. Aniszczenko, Polesie, 1919. — 4) Dr. Aleksandrow, Wołyń, 1919. — 5) Dr. Antoniak Walenty, l. 55, p. Siedlecki, 1918. — 6) Dr. Bachnicki Stanisław, m. Lublin, 1919, lek. więz. i Pog. Rat. — 7) Dr. Bard M., Rożniatów, p. Dolina, 1919, woln. praktyk. — 8) Dr. Barszczewski Czesław, Polesie, 1922. — 9) Dr. Bąkowski Teofil, Wadowice, 1919, lek. pow. — 10) Dr. Bednarski Józefat, Działoszyn, p. Wieluń, 1919, woln. prakt. — 11) Dr. Bełzowski Michał, l. 54, Toporów, p. Radziechów, 1917, lek. okręg. — 12) Dr. Bilwin Witold, Olchowiec, n. Dniestrem, 1915. — 13) Dr. Biesiadzki Antoni, l. 55, Rzeszów, 1919, lek. pow. i Dyr. zakł. kąpielowego w Krynicy. — 14) Dr. Bijakowski Tadeusz, p. Chełm, Siedliszcze, 1922. 15) Dr. Biliński Włodzimierz, Zbaraż, 1918, woln. prakt. — 16) Dr. Borzęcki Eugenjusz, l. 52, Kraków, 1916, lek. szpit. św. Łazarza. — 17) Dr. Bober Jan, l. 53, Chodorów, 1920, woln. prakt. — 18) Dr. Bokiewicz, Warszawa. — 19) Dr. Bolewksi Henryk, Wołyń, 1926. — 20) Dr. Borsukiewicz Piotr, l. 45, Lublin, 1918, ord. szpit. dziec. — 21) Dr. Bojarski Lucjan, l. 64, pow. Włoszczowski, 1918, lekarz szpit. okr. — 22) Dr. Brokman Markus, l. 63, Kalisz, 1916, nacz. lek. szpit. — 23) Dr. Brünner Michał, l. 60, Warszawa, 1918, woln. prakt. — 24) Dr. Bujakowski Walerjan, l. 59, Druskieniki, 1919, lek. zdrojowy. — 25) Dr. Bujalski Marjan, l. 56, Obertyn, 1919, lek okr. — 26) Dr. Boguszewski Jan, l. 38, pow. Miechów, 1918, lekarz sejm. zmarł w Krakowie. — 27) Dr. Czerwiński Franciszek, l. 44, pow. Konstantynów, 1919. — 28) Dr. Celarek Stanisław, l. 36, Kraków, 1924. — 29) Dr. Chrząszczewski Wojciech, l. 54, St. Sambor zmarł tamże, 1915, woln. prakt. i sądowy. — 30) Dr. Chojnacki Aleksander, Płońsk (w. Wróblewo), 1921, zmarł w Warszawie. — 31) Dr. Cieszkowski, Kowel, 1920, kier. szpit. pow. — 32) Dr. Chemin Antoni, l. 51, Lwów, 1915, lekarz sądowy. — 33) Dr. Dąbrowski Ignacy, l. 55, Łomża, 1917, lek. szpit. — 34) Dr. Deszert Antoni, l. 59, Warszawa, 1919, zmarł w szpitalu Św. St. Warszawa. — 35) Dr. Dłutek Jan, l. 35, Warka, p. Grójec, 1918, p. o. lek. pow. — 36) Dr. Domański Zdzisław, Aleksandrów Kujawski, 1922. — 37) Dr. Dobrogórski Jan, l. 23, p. Słonim, 1922, szpit. Czerwonego Krzyża. — 38) Dr. Dobrzyński Kazimierz, Trzebinia, Chrzanów, 1919. — 39) Dr. Drobnik Jan, Wołyń, 1920. — 40) Dr. Ebersohn Maurycy, l. 53, Kraków, 1918, woln. prakt. — 41) Dr. Edelberg Jakób, Łódź, 1920. 42) Dr. Ejsmont Marjan, z Wileńszczyzny. — 43) Dr. Epsztejn Józef, z Wileńszczyzny. — 44) Dr. Engel, Tuszyn, p. Łódź, 1919. 45) Dr. Feller Aron, l. 53, Buczacz, 1920, woln. prak. — 46) Dr. Fleury Witold, w. Wileńskie, 1928. — 47) Dr. Fränkel Henryk, l. 51, Medenice, 1920, woln. prak. — 48) Dr. Freier Izrael, l. 28, Tartaków, 1925, zm. w Sokalu. — 49) Dr. Fórtkiewicz Arkadjusz, l. 35, z Wileńszczyzny, 1918, z. l. pow. w Płocku. — 50) Dr. Gałecki Stanisław, l. 44, Rudka, 1919, dyr. sanat. — 51) Dr. Gersuni Szymon (Samuel), l. 48, Łódź, 1916. — 52) Dr. Gozdecki Józef, Żurawno, w. Stanisł. 1919, lek. okr. — 53) Dr. Głowacz Bronisław, Wołyń, 1919, kier. sz. w Rożyszczach. — 54) Dr. Gottfried Maurycy, l. 54, Skałat 1919, lek. miejski. — 55) Dr. Goldsztein Henryk, Przemyślany p. Brzeziny, 1918, z. lek. pow. — 56) Dr. Godecki Maciej, l. 52, Lubartów, 1915, lek. pow. — 57) Dr. Goldman Wacław, Strzyków, p. Brzeziny, 1919. — 58) Dr. Goldman Jakób, l. 27, Żabrów, p. Łomża, 1918. — 59) Dr. Goldberg Józef, l. 63, Warszawa, 1917, woln. prak. — 60) Dr. Golewczan, Polesie, 1917. — 61) Dr. Goldberg Mojżesz, Wołyń, 1919. — 62) Dr. Golukowski Władysław, l. 32, p. Hrubieszów, 1919. — 63) Dr. Grabowski Tomasz, p. Konstantynów, 1918. — 64) Dr. Guszczyński Lucjan, p. Suchedniów, 1918. — 65) Dr. Gresman Leon, l. 42, Łódź, 1917, zm. w Radoszczy. — 66) Dr. Gruchalski Adam, l. 44, Gorlice, Śląsk, (z z. Kaliskiej), 1915, w ob. jeńców. — 67) Dr. Grabowski Wiktor, l. 61, Chodecz, we Włocławku, 1919, woln. prak. — 68) Dr. Grabscheid Dawid, l. 48, Żydaczów, 1919, lek. miejski. — 69) Dr. Gürsting Tadeusz, l. 45, Bursztyn, 1919, lek. okr. zm. w Żółkwi. — 70) Dr. Garaszwili, l. 42, p. Zamojski, 1919. — 71) Dr. Halpern Mieczysław, l. 35, Warszawa, 1915, ord. sz. zak. — 72) Dr. Hartman Józef, Łódź, 1918. — 73) Dr. Hahn Mojżesz Nüssen, Zaleszczyki, 1919, woln. prak. — 74) Dr. Herzig Naftal, Mszana Dolna, 1914—16. 75) Dr. Hirschler Mieczysław, we Lwowie, 1919. — 76) Dr. Horak Antoni, Zbaraż, 1919, lek. pow. — 77) Dr. Jakimowicz Jan, Piotrków, 1916, woln. prak. — 78) Dr. Ikałowicz Konstanty, l. 60, Bolechów, 1921, lek. okr. wol. prak. — 79) Dr. Jäger Arnold, Żydaczów, 1921, woln. prak. — 80) Dr. Jabłkowski Platon, Skałat, 1919, lek. pow. — 81) Dr. Jajus Miron, l. 61, Sokal, 1915, woln. prak. — 82) Dr. Jarosz Władysław, Rudka, 1921. — 83) Kand. med. Jamiołkowski Karol, l. 28, p. Radzymin, 1916, lek. szp. — 84) Dr. Jaroszyński Ignacy, l. 48, Piaski Luteskie, 1916, woln. prak. — 85) Dr. Jarzyński Jan, Warszawa, l. szp. Wolskiego, 1916. jako l. wojsk. — 86) Dr. Junowicz Kazimierz, l. 42, Wilno, 1919, lek. san. — 87) Dr. Kańczugier Izak, l. 29, Przemyślany, 1919, woln. prak. — 88) Dr. Kaczorowski Mieczysław, l. 31, Warszawa, 1917, lek. miejski. — 89) Dr. Kosmowski Wacław, l. 34, Warszawa, 1918, lek. san. i szp. 90) Dr. Kaczurba Stanisław, l. 45, w Medyce, p. Przemyśl, 1915, kol. lek. okr. — 91) Dr. Kanafas Gustaw, l. 31, Tłuste, w. Tarnopolskie, 1926, woln. prak. — 92) Dr. Kanafas Oskar, woj. Stanisławowskie. — 93) Dr. Karmin Eljasz, Borszczów, 1919, woln. prak. 94) Dr. Katyński Ludwik, l. 51, Biecz (Galicja), 1915, lek. miejski. 95) Dr. Keifer Adolf, Tarnobrzeg, 1915, lek. miejski. — 96) Dr. Konera Stanisław, l. 58, Lubaczów, 1921, dyr. szp. — 97) Dr. Kownacki Bolesław, w Glinianach, 1917. — 98) Dr. Kolasiński Józef, l. 47, Wojtówka, p. olkuski, 1919, lek. san. — 99) Dr. Kochanowicz Stanisław, l. 50, Warszawa, 1917, nacz. lek. pog. — 100) Dr. Köppel Henryk, l. 51, Rzeszów, 1919. — 101) Dr. Koziołkiewicz, l. 52, Łęczna, p. Lubartów, 1914—26. — 102) Dr. Kuczyński Roman, Suchedniów, 1917. — 103) Dr. Kosterkiewicz Joachim, l. 50, Dolina, 1920, lek. okr. — 104) Dr. Gleb-Koszański Antoni Ignacy, l. 51, Warszawa, 1922. — 105) Dr. Krynner Stanisław, Łęczyca, 1916. — 106) Dr. Krasowski Stanisław, l. 55, Stanisławów, 1917, lek. sz. państ. — 107) Dr. Krycki Stefan, p. Hrubieszów, 1919. — 108) Dr. Krzakowski Włodzimierz, l. 30, Warszawa, 1918. — 109) Dr. Krzażanowski Stanisł., l. 40, Otwock, 1917, właśc. sanat. — 110) Dr. Kotermanowicz Stefan, l. 85, p. Warszawski, 1918. — 111) Dr. Laskowski Bronisław, Kielce, 1918, prak. pryw. — 112) Dr. Latoszyński Tefil, l. około 40, Przemyśl, 1921, woln. prak. — 113) Dr. Lazarus Hugo, Jarosław, 1915, woln. prak. — 114) Dr. Lewinson Stanisław, Łódź, 1919, zm. w Łodzi. — 115) Dr. Lewin Hirsch, p. Słonim, 1919, samorz. woln. prakt. — 116) Dr. Lic Feliks, l. 58, Jagielnica, p. Czortków, 1920, lek. okr. — 117) Dr. Lipiński Klemens, l. 34, Łódź, 1916. — 118) Dr. Laszkiewiczowa, Rakitno, p. Sarny, 1919. — 119) Dr. Łuzowski Bolesław, l. 46, Liszki, p. Kraków, 1919, lek. okr. — 120) Dr. Łoboda Florjan, l. 52, Monasterzyska, p. Buczacz, 1920, woln. prak. — 121) Dr. Maliszewski Władysław, l. 38, Lublin, 1920. — 122) Dr. Madler Stefan, l. 32, Łódź, 1919, woln. prak. — 123) Dr. Maksymowicz Kazimierz, 1920, zm. w Warszawie. — 124) Dr. Manheim Zygmunt, l. 55, Przemyśl, 1919, lek. Kasy chorych lek. pow. woln. prak. — 125) Dr. Markowski Kazimierz, l. 35, Wilno, 1919, samorządowy. — 126) Dr. Markiewicz Djonizy, l. 54, Kałusz, 1919, lek. okr. — 127) Dr. Miłoszewski Władysław, l. 28, Hrubieszów, 1916, woln. prak. — 128) Dr. Mrozowski Stanisław, l. 44, Walbrom, p. Olkusz, 1918, lek. okr. — 129) Dr. Niwińska Łódź, zm. w Rogoszczy. — 130) Dr. Nieć Julian, Wieliczka, 1921, woln. prak. — 131) Dr. Nycz Henryk, l. 59, N. Sącz, 1920, lek. pow. — 132) Dr. Niedzielski Kazimierz, l. 57, Warszawa, 1917, lek. san. — 133) Dr. Ostrogski Eugenjusz, Białowieża, 1922. — 134) Dr. Olkin Abram, l. 26, Wilno, 1917, woln. prak. — 135) Dr. Olejnik Michał, l. 53, Kamionka Str., 1916, woln. prak. — 136) Dr. Orłowski-Świechowski Alojzy, p. Lubartów, 1920. 137) Dr. Oczesalski Kazimierz, l. 32, zm. w Warszawie, 1918, lek. szp. Dz. Jez. — 138) Dr. Ostrzycki Roman, Konin, 1921. — 139) Dr. Oziembło Edward, l. 37, Żarki, z. Piotrk., 1919, lek. ep. i kier.

szpit. — 140) Dr. Pajdowski Wiktor, Lubelski. — 141) Dr. Pajdowski Bronisław, Janów Lubelski, 1919. — 142) Dr. Pawluch Bazyli, l. około 50, Niemirów, Witków, 1919, lek. okr. wol. prak. — 143) Dr. Pawłoski Henryk, p. Brzeziny, 1918, zm. w Radgoszczu. 144) Dr. Peczenik Leon, l. 55, Stryj, 1919, lek. miejski. — 145) Dr. Phabe Edward, Wolbrom, p. Olkusz, 1919, lek. Kas. Chor. — 146) Dr. Piotrowski Edward Emil, l. 52, Kamionka Str., 1916, lek. pow. as. U. J. — 147) Dr. Pizani Antoni, l. 46, Wilno, 1919, woln. prak. 148) Dr. Pluta Józef, l. 57, Mińsk Maz., 1919, lek. kolej. — 149) Dr. Płochocki Tadeusz, N. Sącz, 1920, lek. miejski. — 150) Dr. Podeski Kazimierz, l. 55, p. Łuków, 1919, lek. pow. — 151) Dr. Polewko Michał, l. 31, Kłodawa, p. Koło, 1920, woln. prak. — 152) Dr. Poliwka Karol, l. 38, Stanisławów, 1919, lek. sz. powsz. — 153) Dr. Podczobutt-Odlanicki Wład., l. 48, Nowo-Radomsk, 1919, lek. miejski. — 154) Dr. Przyborowski Jan, l. 44, Ozorków, w. Łódzkie, 1918, lek. szk. ch. zak. — 155) Dr. Punińska Adelajda, Wołyń, 1922. — 156) Dr. Pyrz Antoni, l. 50, Warszawa, 1917, lek. san. — 157) Dr. Reich Salomon, l. około 40, Przemyśl, 1916, woln. prak. — 158) Dr. Rostek Wiktor, Skalbmierz, p. Pińczów, 1919. — 159) Dr. Rosochacki Kalikst, l. 37, Ejszyki, w. Wileńskie, 1921, woln. prak. 160) Dr. Rościszewski Erazm, l. 56, Przemyśl, 1919. — 161) Dr. Rozenblüth Efreim, l. 58, Oleszyce, 1920, lek. miejski, sąd., zm. w Jarosławiu. — 162) Dr. Rogula Dymitr, l. 32, Nowogródek, 1921, 163) Dr. Rutkowski Leon, l. 55, Płońsk, 1917/19, woln. prak. — 164) Dr. Rechniewska Witolda, l. 55, Warszawa, 1917, lek. szp. — 165) Dr. Rotkel Karol, Lublin, 1916, zm. w Lublinie. — 166) Dr. Rzepko Jan, l. 41, Warszawa, 1919, lek. miej. szp. Dz. Jezus. — 167) Dr. Sawicki Jan, Pińczów, 1919. — 168) Dr. Starachowicz Jan, l. 57, Turka, 1916, zm. w St. Samb. lek. miejski. — 169) Dr. Schlank Maksymiljan, Oświęcim, 1916. — 170) Dr. Schwarzenberg (Czerny) Edward, Kraków, 1919, woln. prak., lek. kolej. — 171) Dr. Sieniewicz Michał, l. 54, Krakowiec, p. Jaworów, 1920, lek. okr. miejski. 207) Dr. Urbanowicz Paweł, l. 61, Wilno, 1919, woln. prak. — 208) Dr. Urech Marek, l. 60, Sokal, 1918, woln. prak. — 209) Dr. Waśniewski Adam, l. 51, p. Płocki, l. szp. wol. prak. — 210) Dr. Waligórski Czesław, Trembowla, 1921, lek. pow. — 211) Dr. Weber Józef, l. 54, Warszawa, 1919, ord. szp. św. Stanisława. — 212) Dr. Wisznicki Stanisław, l. 50, 1916, zm. w Szydłowcu. — 213) Dr. Willer Abraham, l. 50, Lwów, 1917, woln. prak. — 214) Dr. Wiłejszys Antoni, l. 62, Wilno, 1919, lek. san. — 215) Dr. Wierzejeski Marjan, l. 58, Siedlce, 1919, woln. prak. — 216) Dr. Wilczyński Stanisław, Proszowice, p. Miechów, 1914. — 217) Dr. Wiedyskiewicz Władysław, Wieruszyn, p. Wieluń, 1921. — 218) Dr. Wiśniewski Władysław, l. 54, Tarnopol, 1919, dyr. szp. pow. — 219) Dr. Wilczyński Zygmunt, Sasów, p. Złoczów, 1919, woln. prak. — 220) Dr. Wojciechowski Stanisław, Horodenka, 1926, lek. pow. — 221) Dr. Wojewódzki Władysław, l. 62, Wilno, 1920, lek. san. m. Wilna. — 222) Dr. Woszczyńska, Polesie. — 223) Dr. Wolbek Karol, l. 54, Wilno, 1919, lek. szp. zak. — 224) Dr. Wójcicki Ignacy, l. 49, Ostrołęka, 1922, nacz. lek. szp. — 225) Dr. Wróblewski Witold, l. 38, p. Konstan. Bychawa, 1917. — 226) Dr. Zalewski Juljan, l. 64, Lipno, 1918, lek. pow. — 227) Dr. Zapasiewicz Marjan Ant., l. 45, Warszawa, 1920, sam. wopr. or. szp. św. St. — 228) Dr. Zańko Zbigniew, l. 32, Stara Sól, p. St. Sambor, 1915, lek. okr. — 229) Dr. Zawadzki Zygmunt, l. 53, Pęczyca, 1918, l. szp. epid. — 230) Dr. Zawadzki Stanisław, l. 43, Warszawa, 1917, lek. san. — 231) Dr. Zieliński Henryk, l. 29, p. Łuków, 1926. — 232) Dr. Ziembiński Marjan Edward, l. 41, Wieliczka, 1920, lek. san. — 233) Dr. Żołądkowski Józef, Białystok, 1919. — 234) Dr. Żórawski, Grodzisk, 1918. — 235) Dr. Żurawski, Żarnowiec, p. Opoczno, 1920, woln. prak. — 236) Dr. kpt. B. John Voor, lekarz amerykański, 1922, zm. w woj. Lwowskim.

B. Lekarze wojskowi.

1) Aleksandrowicz Edward, Lwów, 1919. — 2) Kpt. Bibersztejn Bern. 54 pp., 1920. — 3) Kpt. Blücher Gustaw, sz. Kowel, 1919. — 4) Por. Cudziński Kazimierz, 43 pp., 1921. — 5) Por. Enoch S., 1921. — 6) Ppłk. Filipkiewicz Wład., szp. Krak. 1920. — 7) Kpt. Goldberg Zygm., szp. wielkop., 1920. — 8) Kpt. Gorzut Wawrzyn., szp. Wilno, 1920. — 9) Mjr. Gróbel Emanuel, l. 40, szp. Lwów, 1919. — 10) Kpt. Girschung Stanisław, szp. Stanisł., 1920. — 11) Por. Hodbod Stanisław, szp. pol. 401, 1921. — 12) Mjr. Horczak Adam, Wilno, 1920. — 13) Mjr. Janaszek Jan, szp. Brodnica, 1920. 14) Płk. Karchezy Eugenjusz, szp. Brześć, 1919. — 15) Kpt. Kowalewski Władysław, szp. pol. 905, 1921. — 16) Kpt. Kucharczak Jan, 24 pp., 1919. — 17) Mjr. Laberschek Feliks, Dęblin, 1921. — 18) Por. Liedtke Stefan, l. 30, Puławy, 1919, kier. szp. ep. w Puławach. 19) Kpt. Lindenszat Herman, 3 p. pod Żywcem, 1921. — 20) Por. Łubieński Wacław, Prużana, 1919. — 21) Gen. bryg. Majewski Tadeusz, DOG. Lublin, 1920. — 22) Mjr. Majewski Juljan, l. 54, szp. Stanisławów, 1919. — 23) Płk. Markwart Gustaw, l. 53, obóz jeńców Strzałkowo, 1919. — 24) Kpt. Marek Jan, Dęblin, 1920. — 25) Płk. Muszyński Daniel, Szef San. „Bug", 1919. — 26) Kpt. Mostowski. — 27) Płk. Macusel Stanisław, Poznań, Grodzisk, 1919. — 28) Płk. Nowaczek Stanisław, l. 55, szp. Ujazdowski, 1920. — 29) Kpt. Oleński Stefan, szp. N. Sącz, 1920. — 30) Por. Orchowski Henryk, szp. Łódź-Zgierz, 1920. — 31) Por. Orzech Monus, szp. Równe, 1920. — 32) Kpt. Paszkowski Zadora Witold, szp. pol. 101, Wilno, 1920. — 33) Płk. Pawlicki Franciszek (N. N. K.), szp. pol. 6, Tuchola, 1920. — 34) Mjr. Pawłoski Jan, szp. Dąblin, 1921. — 35) Kpt. Pronaszko Józef, szp. pol. 106, 1919. — 36) Mjr. Protasiewicz Stanisław, ord. szp. czoł. D. Lit. Biał., 1919. — 37) Mjr. Pyszkowski Jerzy, szp. pol. Tuchola, 1919. — 38) Kpt. Riedel Karol, l. 27, szp. 2 p. leg. Mińsk, 1920. — 39) Kpt. Rdułtowski Jan, Pińsk, 1920. 40) Płk. Szerp Daniel, l. 49, szp. Wadowice, 1919. — 41) Płk. Stoklasa Józef, l. 58, Białokiernica, p. Czortk. szp. Stan., 1919. — 42) Mjr. Śmieciuszewski Leon, szp. Kamionka str., 1920. — 43) Por. Suchowilski Edward, 50 pp., 1920. 44) Ppłk. Tomaszewski Zdzisław, szp. Lwów, 1920. — 45) Kpt. Trzciński Karol, szp. Lwów, 1920. — 46) Mjr. Tykociner Aleksander, 1920. — 47) Mjr. Trelski, p. Limanowa, 1918. — 48) Kpt. Wartski Juljan, 30 pp., 1920. — 49) Płk. Wątorek Adolf, l. 46, Lwów, 1919. — 50) Kpt. Woliczko Stanisław, szp. Chełm, 1921. — 51) Mjr. Wołodźko Konrad, 1 Dyw. Leg. szp. pol. 13, 1919. — 52) Kpt. Zagórski Henryk, szp. pol. 107, 1920. — 53) Ppłk. Zapasiewicz Antoni, DOG Grodno, 1920. — 54) Mjr. Zborowski Jan, l. 40, szp. pol. 104, 1920. — 55) Płk. Żołądkowski Alfred, szp. Zambrów, Biał., 1919. — 56) Kpt. Süss Otton, 1 pac., 1920. — 57) Kpt. Ziętak Kazimierz, szp. Chełm, 1921.

C. Lekarze N. N. K.

1) Dr. Dutkiewicz Antoni, l. 54, Kaz. Wielk. p. Pińczów, 1915, woln. prak. — 2) Kiełczewski Jakób, p. Lubelski, 1919. — 3) Dr. Kloc Eugenjusz, l. 54, m. Radzymin, 1920, lek. szp. sejmik. — 4) Dr. Kpt. Konwerski Majna, l. 38, Baranowicze, insp. san. 1922. — 5) Dr. Krzyczkowski Henryk, l. 45, p. Zamość, 1915, szp. św. Mikołaja. — 6) Dr. Lach Bolesław, l. 32, Sieniawa, 1920. — 7) Dr. Musielewicz Bolesław, Buczacz, 1921, kier. szp. ep. — 8) Dr. Nowiński Maksym., l. 29, Bychawa, p. Lublin, 1919. — 9) Dr. Onichimowski Henryk, lek. wojsk. Kozienice, 1921, lek. szp. N. N. K. 10) Dr. Pietraszkiewicz Jan, l. 42, p. Nowogródek, 1922. — 11) Dr. Ratyńska Marja, Wołkowysk, 1921. — 12) Dr. Żukowski Stanisław, l. 51, Baranowicze, 1921.

D. Lekarze kontraktowi w wojsku.

1) Dr. Bujdak Tefil, 1919. — 2) Dr. Cułkakow Andrzej, 1920. — 3) Dr. Dzierzwin Aleksander, 1921. — 4) Dr. Januszewski Albert, 1920. — 5) Dr. Kornasiewicz Władysław, 1919. — 6) Dr. Korbholt Rachela, 1919, Buczacz. — 7) Dr. Sachełaszwili Andrzej, 1920. Wołyń. — 8) Dr. Sreiber Albert, 1920. — 9) Dr. Jakubowski Antoni, l. 45, 1918, Małopolska wschodnia.

Kraków.

Kurs wychowania fizycznego i sportu dla lekarzy. Dyrekcja Studjum Wychowania Fizycznego Uniw. Jagiell. w Krakowie organizuje przy pomocy Miejskiego i Wojewódzkiego Komitetu Wychowania Fizycznego i Przysposobienia Wojskowego 8-dniowy kurs dla lekarzy, kontrolujących wychowanie fizyczne i sporty. Kurs odbędzie się w Krakowie w czasie od 12-go do 19-go stycznia 1929 r. włącznie. Praca na kursie trwać będzie 6—7 godz. dziennie.

Program kursu:

Program kursu obejmie cztery zasadnicze działy:

1) pokazy metodycznych ćwiczeń cielesnych i poszczególnych sportów objaśnianych na lekcjach wzorowych, na ćwiczeniach sportowych i na zawodach. W całości godzin 20. Instruować będą pp.: Wizytator Zygmunt Wyrobek, prof. Mayówna, prof. Koczurówna, kpt. Frączkiewicz, prof. Biernakiewicz, profesor Leszko i inni. W czasie ćwiczeń i po lekcjach instruować będzie sposób badania lekarskiego Dr. Władysław Dybowski ze Lwowa.

2) Fizjologja ćwiczeń cielesnych i sportów. Godzin 15. Wykłady obejmą fizjologję pracy mięśniowej, ćwiczenia cielesne a zarząd krążenia, ćwiczenia cielesne a narząd oddechania, zaprawę i zmęczenie. Wykładać będą: Prof. U. J. Dr. E. Maydell i Dr. Wł. Dybowsk,.

3) Chirurgja sportowa. Godzin 5. Wykładać będzie Dr. M. Kosiński. Wykłady obejmą uszkodzenia organizmu podczas ćwiczeń i sportów, b) błędy postawy, c) ratownictwo.

4) Medycyna sportowa. Godzin 10. wykładać będzie Dr. Dybowski.

Oprócz wykładów powyższych wchodzą w skład programu:

1) Wykład o organizacji wychowania fizycznego w Polsce — 1 godz. Dr. Stan. Ciechanowski, prof. Uniw. Jagiell.

2) Wybrane działy z zakresu neurologji i psychopatologji wieku młodzieńczego — 3 godz. Dr. J. Piltz, prof. Uniw. Jagiell.

3) Wpływ ćwiczeń cielesnych na rozwój dziecka w okresie wzrostu — 2 godz. Docent Dr. Bujak.

4) Stosunek lekarza do wych. fiz. i do sportu — 1 godz., Dr. Wł. Dybowski.

W ciągu kursu odbędą się nadto trzy lekcje zbiorowo-metodyczne z higjeny szkolnej dla lekarzy szkolnych, a to: pierwsza w Państw. Semin. naucz. męskiem, prowadzić będzie Dr. Poźniak; druga w Państw. Gimnazjum żeńsk., Dr. Sokołowska; trzecia w szkole powszechnej, prowadzić będzie uczenica Semin. pod kierownictwem lekarki szkolnej Dr. Czerwińskiej.

Zgłoszenia na kurs należy skierowywać do Dyrekcji Studjum Wychowania Fizycznego U. J. w Krakowie, ul. Lubicz 42 (Zakład Higjeny) do dnia 6-go stycznia 1929 r. Liczba zgłoszeń ograniczona do 40-tu, zgłoszenia będą uwzględniane według kolejności. Przyjętym uczestnikom będzie doręczony szczegółowy rozkład zajęć na kursie po dniu 6-go stycznia. Kurs jest bezpłatny.

Krakowskie Towarzystwo Lekarskie. Dnia 19 grudnia 1928 r. odbyło się Walne Zebranie Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego, na którem dokonano wyboru nowego Zarządu na rok 1929 w następującym składzie:

Wybrani na 1 rok:

Prezes: Prof. Dr. J. Latkowski, wiceprezes: Dr. J. Landau, sekretarz doroczny: Dr. Edward Szczeklik.

11 członków „Komisji Redakcyjnej“: Dr. Blassberg, Doc. Dr. Bujak, Prof. Dr. Ciechanowski, Dr. Maciąg, Prof. Dr. Majewski, Prof. Dr. Olbrycht, Prof. Dr. Piltz, Prof. Dr. Rosner, Prof. Dr. Rutkowski, Dr. Strzemieński, Dr. Wojciechowski.

2 delegatów do Rady Zawiadowczej Towarzystwa Lek. b. Galicji: Prof. Dr. Lenartowicz, Prof. Dr. Nowicki.

10 delegatów na Walne Zgromadzenia Tow. Lek. b. Galicji: Doc. Dr. Artwiński, Dr. Blassberg, Prof. Dr. Ciechanowski, Dr. Fuchs, Dr. Glassner, Dr. Jankowski, Prof. Dr. Majewski, Prof. Dr. Olbrycht, Dr. Strzemieński, Dr. Surzycki.

2 członków Komisji kontrolnej Krak. Tow. Lekarskiego: Dr. Wachtel, Dr. Pietrowski.

1 członek Komisji Krak. Tow. Lekarskiego b. Galicji: Dr. Strzemieński.

Wybrani na 3 lata:

Skarbnik: Dr. Ackermann, i dwaj redaktorzy: Prof. Dr. Ciechanowski i Doc. Dr. Kostrzewski.

Bibljotekarz Dr. Spira, gospodarz Doc. Dr. Seńkowski, i sekretarz stały, Prof. Dr. Gieszczykiewicz, zostali wybrani w ubiegłym roku na okres 3 letni.

Krakowskie Koło Towarzystwa Internistów Polskich. Dnia 17 grudnia 1928 r. odbyło się Walne zebranie Krak. Koła Tow. Internistów Polskich, na którem dokonano wyboru nowego Zarządu na rok 1919 w następującym składzie: Prezes: Prof. Dr. Józef Latkowski, Zast. Prezesa: Prof. Dr. Tadeusz Tempka, Sekretarz: Doc. Dr. Feliks Siedlecki, Skarbnik: Dr. Henryk Czapnicki; Komisja Rewizyjna: Dr. M. Blassberg, Dr. M. Godlewski, Pułk. Dr. A. Maciąg.

Program wykładów Kursu lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego w roku 1929. *Interna, pedjtrja, neurologja.* Prof. Dr. Latkowski: Wybrane rozdziały z Kliniki chorób wewn., godz. 9. — Doc. Dr. Siedlecki: Fizjoterapja w zakresie medycyny wewn., godz. 2. — Asyst. Dr. Szczeklik: O leczeniu chorób przemiany materji, godz. 2. — Asyst. Dr. Dziuba: O leczeniu dietetycznem gruźlicy, godz. 2. — Dr. Reiner: Praktyczne uwagi z zakresu djagnostyki i leczenia chorób przewodu pokarmowego, godz. 2. — Prof. Dr. Tempka: Nowsze zagadnienia lecznicze i diagnostyczne z zakresu chorób wewnętrznych oraz pokazy chorych, godz. 6. — Asyst. Dr. Tochowicz: Znaczenie leczniczo-djagnostyczne sondy dwunastniczej, godz. 2. — Asyst. Dr. Sokołowski: Nowsze sposoby leczenia farmakologicznego, godz. 2. — Dr. Felix: Wskazania do sztucznej odmy piersiowej i jej technika wraz z ćwiczeniami praktycznemi, godz. 4. — Prof. Dr. Korczyński: W sprawie wskazań dla leczenia w uzdrowiskach krajowych, godz. 2. — Doc. Dr. Kostrzewski: Klinika chorób zakaźnych, godz. 9. — Prof. Dr. Lewkowicz: Demonstracje chorych. godz. 2. — Doc. Dr. Bujak: a) Odżywianie dzieci w stanie normalnym i chorobowym, godz. 2, b) skaza wysiękowa i dychawica. godz. 1, c) Demonstracje chorych, godz. 1. — Asyst. Dr. Malkiewicz: a) Leczenie zaburzeń, odżywianie osesków, godz. 1, b) Nakłucie lędźwiowe z ćwiczeniami, godz. 1. — Dr. Kielczewski: Niedomoga krążenia w przebiegu chorób zakaźnych. godz. 1. — Prof. Dr. Piltz: Z dziedziny diagnostyki i terapji chorób nerwowych i psychicznych, godz. 2. — Doc. Dr. Artwiński: Djagnostyka chorób nerwowych, godz. 3. — Asyst. Dr. Sikorska: a) Z przemiany materji w epilepsji, godz. 1, b) Analiza pewnych wyników badań serologicznych łącznie z obrazami klinicznemi, godz. 1. — Asyst. Dr. Chłopicki: O profilaktyce chorób umysłowych, godz. 1. Dr. Medyński: a) Dziecko psychopatyczne i jego leczenie, godz. 1, b) Diatermja, godz. 2. — Dr. Stępowska: a) O klasyfikacji zaburzeń mowy. Jąkanie, godz. 1, b) O dyslalji (bełkotanie), godz. 1, c) O głuchocie, głuchoniemocie i niemocie u niedorozwiniętych, godz. 1.

Chirurgja, ginekologja, okulistyka. Prof. Dr. Rutkowski: Badanie i rozpoznawanie chorób stawu biodrowego, godz. 5. — Doc. Dr. Glatzel: Djagnostyka chorób chirurgicznych jamy brzusznej, godz. 6. — Asyst. Dr. Nowicki: Chirurgja ambulatoryjna, godz. 5. Dr. J. Zaremba: Technika opatrunków gipsowych, godz. 4. — Doc. Dr. Pisarski: Praktyczny kurs cystoskopji i cewnikowania moczowodów, godz. 18. — Doc. Dr. Szymanowicz: Wybrane rozdziały z położnictwa i ginekologji, godz. 9. — Asyst. Dr. Keller: Djagnostyka i leczenie niepłodności, godz. 2. — Doc. Dr. Zubrzycki: Technika i wskazania zabiegów ginekologicznych z ćwiczeniami. godz. 18. — Doc. Dr. Majewski: Djagnostyka i terapja chorób ocznych na materjale ambulatoryjnym Kliniki okulistycznej, godz. 9.

Roentgeno- i radjologja. Prof. Dr. Walter: Roentgen i rad w dermatologji, godz. 1. — Asyst. Dr. Chudyk: Roentgenodjagnostyka, rentgeno- i radjoterapja dla lekarza praktyka z uwzględnieniem schorzeń chirurgicznych i zasadniczych wiadomości o fizycznem i biologicznem działaniu promieni, godz. 9. — Asyst. Dr. Gawroński: Roentgen i rad w cierpieniach ginekologicznych, godz. 3. Asyst. Dr. Ryglicki: Djagnostyka i terapja rentgenologiczna chorób wewnętrznych, godz. 8.

Choroby skórne i weneryczne. Prof. Dr. Walter: a) Rozpoznawanie i leczenie chorób skórnych i wenerycznych, godz. 3, b) Nieswoiste leczenie kiły, godz. 1. — Doc. Dr. Pawlas: Ćwiczenia w rozpoznawaniu i leczeniu chorób wenerycznych, godz. 2. — Asyst. Dr. Trzebicki: Fizykalne leczenie chorób skórnych, godz. 2.

Laryngologja: Djagnostyka chorób górnych dróg oddechowych i narządu słuchowego, godz. 8.

Sprawy społeczno-lekarskie. Doc. Dr. Janiszewski: a) Sprawa mieszkaniowa, b) Nowsze kierunki opieki zdrowotnej, c) Rola poradni przeciwgruźliczej, d) Projekty konstytucji a sprawa zdrowia. — Wykłady połączone będą ze zwiedzaniem Miejskich Zakładów Sanitarnych w Prądniku Białym, godz. 3. — Dr. Medyński: Psychotechnika i poradnictwo zawodowe, (ze zwiedzaniem pracowni psychotechnicznej), godz. 2.

Równocześnie z powyższym kursem odbędą się *w Krakowskiem Towarzystwie lekarskiem dla uczestników Kursu następujące wykłady:* Dr. Wróblewski, Naczelny lekarz Wojew. Rola lekarza w zakresie medycyny społecznej, godz. 1. — Dr. Owsiński, Naczelny lekarz Miejski: Tok urzędowania sanitarnego w mieście Krakowie, godz. 1. — Dr. Stryjeński: Zadania opieki nad psychicznie chorymi. Wykład połączony ze zwiedzaniem Zakładu w Kobierzynie, godz. 4. — Dr. Glasner: Niezdolność do pracy ze stanowiska lekarza kasowego. godz. 2. — Program wykładów nie został jeszcze zamknięty. Nadesłane później zgłoszenia prelegentów włączone będą do szczegółowego planu wykładów. Zgłoszenia na Kursa oraz wszelkie zapytania o bliższe informacje przyjmuje Dr. Ludwik Łuka, Klinika neurologiczna, Kraków, Kopernika 48.

Lwów.

W dniu 16 grudnia 1928 zostali wybrani na trzechlecie 1929—1931 do Rady Izby Lekarskiej Lwowskiej: 1) Dr. Allerhand Henryk ze Lwowa. — 2) Dr. Baranowski Tadeusz z Drohobycza. — 3) Dr. Bednarski Adam, Prof. Uniw. ze Lwowa, — 4) Dr. Begleiter Henryk ze Lwowa. — 5) Dr. Bikeles Mardechai Eljasz ze Lwowa. — 6) Dr. Boratyński Józef ze Stryja. — 7) Dr. Czechowicz Franciszek, pułkownik ze Lwowa. 8) Dr. Czyżewski Kazimierz ze Lwowa. — 9) Dr. Damm Albert ze Lwowa. — 10) Dr. Danielski Zygmunt ze Lwowa. — 11) Dr. Dobrzański Antoni ze Lwowa. — 12) Dr. Doliński Eugenjusz ze Lwowa. — 13) Dr. Dorosz Franciszek z Przemyśla. — 14) Dr. Fels Izrael ze Lwowa. — 15) Dr. Fleischmann Juljusz z Zabłotowa. — 16) Dr. Flis Kazimierz z Rudek. — 17) Dr. Fox Jan z Kulparkowa. — 18) Dr. Gawlikowski Stanisław ze Złoczowa. — 19) Dr. Grek Jan ze Lwowa. — 20) Dr. Hacker Dawid ze Stanisławowa. — 21) Dr. Herscher Ignacy z Tarnopola. — 22) Dr. Hinze Roman z Rzeszowa. — 23) Dr. Jarocki Adam ze Lwowa. — 24) Dr. Jarocki Piotr z Sokala. — 25) Dr. Kotłowski Stan. z Doliny. — 26) Dr. Landau Henryk ze Lwowa. — 27) Dr. Lewicki Zygmunt z Krosna. — 28) Dr. Mikiewiczówna Anna ze Lwowa. — 29) Dr. Mostowy Jerzy z Brzeżan. — 30) Dr. Nowicki Witold Prof. Uniw. ze Lwowa. — 31) Dr. Olszański Tadeusz ze Stanisławowa. — 32) Dr. Ostrowski Stanisław, Prymar. ze Lwowa. — 33) Dr. Ramer Salomon ze Sa-

noka. — 34) Dr. Reis Wiktor ze Lwowa. — 35) Dr. Salak Bolesław z Tarnopola. — 36) Dr. Salpeter Michał ze Lwowa. — 37) Dr. Sawicki Antoni z Kańczugi. — 38) Dr. Seidler Maksymiljan ze Lwowa. — 39) Dr. Selzer Marcin ze Lwowa. — 40) Dr. Stapp Emanuel z Przemyśla. — 41) Dr. Stobiecki Zygmunt ze Lwowa. — 42) Dr. Świtalski Mieczysław ze Lwowa. — 43) Dr. Wachnianin Miron ze Lwowa. — 44) Dr. Wasilewski Aleksander z Kołomyji. — 45) Dr. Wilder Izydor z Drohobycza. — 46) Dr. Zasowski Jan z Jarosławia. — 47) Dr. Zawadzki Aleksander z Czortkowa. — 48) Dr. Zaczek Jan z Przemyśla.

Stowarzyszenie dla pomocy wdowom i sierotom po lekarzach. Wiadomem jest, że niemiała liczba wdów i sierót po lekarzach, kolegach naszych, znajduje się w przykrych, a nawet wprost opłakanych stosunkach materjalnych. Izby lekarskie i Towarzystwo Lekarzy polskich b. Galicji mogłoby w tym względzie odsłonić niejeden rąbek dramatów, jakie rozgrywają się wśród wdów i sierót po lekarzach, zostawionych przez zmarłych swych żywicieli literalnie bez żadnych środków do życia. Pewna liczba ich zgłasza się do Izb, względnie do Towarzystwa lekarzy polskich b. Galicji z prośbą choćby o najskromniejszy zasiłek. Niestety instytucje te same niemogą zadość uczynić wszystkim prośbom, do nich wnoszonych, jużto z powodu braku funduszów, jużteż z powodów formalnych, że mężowie ich lub ojcowie nie byli członkami Towarzystwa, a więc, w myśl statutu nie mogą korzystać z dobrodziejstw Towarzystwa, ponadto instytucje te, mimo najszczerszych chęci, nie mogą pójść z pomocą petentom, nie mając należytych i wiarygodnych informacyj o nich. Także brak porozumienia między odnośnemi instytucjami i wskutek tego skoordynowania pracy, utrudnia należyte spełnianie celów tychże instytucyj.

Towarzystwo lekarzy polskich b. Galicji udziela, jak wiadomo, szeregowi wdów po lekarzach stałe, co prawda, niewysokie zasiłki, od czasu zaś do czasu jednorazowe zasiłki, Izba lekarska udziela również od czasu do czasu zapomogi — wszystko to jednak niewystarcza, zwłaszcza, jeżeli chodzi o zasiłki dla osób, będących w podeszłym wieku lub o wdowy, obarczone nieletniemi dziećmi.

Aby z jednej strony tę pomoc skoordynować, aby mieć dokładne wiadomości o wdowach i sierotach, potrzebujących istotnie pomocy wydatniejszej i, o ile możności, stałej, za inicjatywą Izby Lekarskiej Lwowskiej zawiązuje się Stowarzyszenie pomocy dla wdów i sierót po lekarzach, które swą działalnością ma objąć terytorjum Izby Lekarskiej lwowskiej, a więc województwa: lwowskie, stanisławowskie i tarnopolskie. Stowarzyszenie to ma być łącznikiem między Izbą lekarską lwowską, Towarzystwem Lekarzy polskich b. Galicji a wdowami i sierotami po lekarzach a także miedzy stowarzyszeniami lub instytucjami o pokrewnych celach. Ma ono więc prowadzić i mieć dokładną ewidencję wdów i sierót po lekarzach w obrębie Izby Lekarskiej lwowskiej, ma badać ich stan materjalny, ma się niemi opiekować, starać sie dla nich w odpowiedni sposób o pomoc materjalną, ma im pomagać w wyszukiwaniu pracy i t. p.

Członkami Towarzystwa tego mogą być tylko żony lekarzy i lekarki,, wspierającymi mogą być lekarze i instytucje.

Wstępne posiedzenia szeregu pań, żon lekarzy, odbyły się już w lokalu Izby Lekarskiej, a statut Towarzystwa został przedłożony władzom odnośnym przez wybrany ad hoc komitet wykonawczy.

Chyba nie ulega żadnej wątpliwości, że do nowo zawiązanego Towarzystwa wpisze się każda z żon naszych kolegów w poczuciu nie tylko solidarności, ale także w odczuciu obowiązku, służenia pomocą wdowom i sierotom po kolegach ich mężów. W liczebności członków, a liczebność ta winna być jak najwieksza, będzie tkwiła siła Towarzystwa i spełnienie jak najszersze i jak najwydatniejsze jego celów. Już obecnie wiele członkiń zajęło się wieloma wdowami i sierotami przez osobiste zetknięcie się z niemi, przyczem przekonały się dowodnie w jak przykrych warunkach życiowych wiele z wdów i sierót po lekarzach we Lwowie znajduje się, często z powodu wieku i nadwątlonego zdrowia zupełnie bezradnych.

Przystąpienie do Towarzystwa należy na razie zgłaszać do Izby lekarskiej Lwowskiej (ul. Zyblikiewicza 23, I. p.), pisemnie lub listownie. W każdy wtorek od godz. 6 do 7 urzęduje w lokalu Izby Lekarskiej jedna z członkiń Towarzystwa.

Towarzystwo przystąpi też do organizowania kół na prowincji, by jego działalność objęła istotnie całe terytorjum Izby Lekarskiej lwowskiej.

Naprawdę z szczerą radością należy powitać myśl i urzeczywistnienie założenia tak bardzo potrzebnego Towarzystwa i życzyć, by także na terytorjach innych Izb powstały podobne zrzeszenia. Obecnie istnieje już podobne w Warszawie. W przyszłości, wiążąc się, mogą one stworzyć ogólną silną organizację w całej Rzeczypospolitej. *W. N.*

Ostrzeżenie! Izba Lekarska Lwowska ostrzega lekarzy, zamieszkałych na obszarze Izby, przed przyjmowaniem posad w Kasach chorych Województwa poznańskiego i pomorskiego (Jarocin, Kępno, Koźmin, Krotoszyn, Ostrów, Wyrzysk i t. d.) bez porozumienia się z Zarządem Izby.

Polskie Towarzystwo Higjeniczne we Lwowie. Polskie Towarzystwo Higjeniczne we Lwowie wydaje, jak wiadomo, od pięciu lat „Bibljoteczkę Higjeniczną", wychodzącą nakładem „Książnicy-Atlasu" we Lwowie. Broszury tej Bibljoteczki, odpowiednio ilustrowane, przeznaczone są dla ludności miejskiej a tematami ich są różne zagadnienia z zakresu higjeny. Bibljoteczka Higjeniczna cieszy się ogólnem uznaniem a zeszyty jej wchodzą w skład bibljotek szkolnych. Obecnie Polskie Towarzystwo Higjeniczne we Lwowie rozpoczęło wydawać „Bibljoteczkę Higjeniczną Powszechną", przeznaczoną przedewszystkiem dla ludności wiejskiej. Ponieważ jestto zupełnie odrębny typ wydawnictw, Towarzystwo rozpisuje konkurs na prace o ściśle określonych tematach, poczem prace nagrodzone ukazują się w wspomnianej bibljoteczce w większym nakładzie. Broszury mają rozmiary niewielkie odpowiednio do typu czytelników i są objaśniane rycinami. Nakład ich wynosi co najmniej 10 tysięcy egzemplarzy.

Obecnie ukazały się dwie broszury doc. dr. Progulskiego ze Lwowa: „Jak pielęgnować i odżywiać niemowlę"? i p. Duszyńskiej: „Alkohol nieszczęściem człowieka i narodu". Obie broszury doskonale napisane, nagrodzone przez Towarzystwo, przyczynią się niewątpliwie do spopularyzowania zagadnień higjenicznych, w nich poruszonych.

Że wydawnictwo „Bibljoteczki Higjenicznej Powszechnej" jest pożyteczne i potrzebne, świadczy o tem dość szybkie wyczerpywanie się nakładów, jak n. p. Dra Mikołajskiego: „O gruźlicy czyli suchotach" i Dra Sawickiego: „Gruźlica czyli t. zw. suchoty".

Cena broszurek jest bardzo niska, a przy zamówieniach w ilości większej o 25% niższa. Zamawiać można w Towarzystwie Higjenicznem we Lwowie, Piekarska 52.

W sprawie stosunków pracy lekarskiej w kasach chorych w Poznańskiem i na Pomorzu. Od paru dni pojawiają się w lwowskich dziennikach liczne ogłoszenia w poszukiwaniu za lekarzami do Kas chorych Zachodniej Polski, które korzystnemi obiecankami mogłyby łatwo ściągnąć naszych lekarzy.

Grono lwowskich lekarzy przestrzega zawczasu Kolegów, którzy wskutek ciężkich warunków bytu daliby się skusić do przeniesienia się na zupełnie im nieznany teren poznański.

Zwraca się uwagę, że ogłoszenia te są następstwem wypowiedzenia pracy całej masie lekarzy Zachodniej Polski przez Zarządy tamtejszych Kas chorych, które chciałyby złamać istniejącą tam dotychczas silną solidarność lekarzy i wprowadzić rozłam dzielnicowy między ogół lekarzy Rzeczypospolitej.

Niechaj więc każdy lekarz dobrze się najpierw zastanowi zanim poweźmie postanowienie przeniesienia się na tak zwaną intratną posadę w Pozańńskiem lub na Pomorzu. A w każdym razie niech zasięgnie rady w Organizacjach lekarskich, obytych z pracą społeczno-lekarską, jak Izba lekarska, Związek Lekarzy Państwa Polskiego lub Związek Lekarzy kasowych.

Jak się dowiadujemy, ma się odbyć w najbliższych dniach wiec ogólno-lekarski celem szczegółowego omówienia powyższej sprawy. *Grono Lekarzy Lwowskich.*

Poznań.

Towarzystwo Miłośników Historji Medycyny. Dnia 14-go grudnia b. r. odbyło się naukowe zebranie Poznańskiego Towarzystwa Miłośników Historji Medycyny, z następującym porządkiem dziennym: 1) Sprawozdanie z poprzedniego zebrania. 2) Wykład prof. dra A. Wrzoska p. t.: William Harvey Trzechsetlecie dzieła o krążeniu krwi.

Ostrzeżenie! Przestrzegamy ponownie Kolegów, aby nie przyjmowali żadnych posad lekarskich w kasach chorych na terenie województw poznańskiego i pomorskiego bez uprzedniego porozumienia się z Związkiem Lekarzy Zachodniej Polski, w Poznaniu, ul. Wrocławska 3.

Z dniem bowiem 1 stycznia br. powstał na wyżej wymienionym terenie stan bezkontraktowy między lekarzami a kasami chorych z powodu niedojścia do skutku nowej umowy z Okręgowym Związkiem Kas Chorych.

Koledzy! Walczymy zarówno o podniesienie lecznictwa kasowego w interesie ubezpieczonych jak i o niezależność i godność stanu lekarskiego.

W imię tych haseł *wzywamy Kolegów do bezwzględnej solidarności koleżeńskiej. Związek Lekarzy Zachodniej Polski.*

Wilno.

Wileńskie Koło Tow. Internistów Polskich. Na tegorocznem zebraniu Wileńskiego Koła Tow. Internistów Polskich, do Zarządu Koła zostali wybrani: Prezes: prof. Dr. A. Januszkiewicz, Wiceprezes: Dr. H. Rudziński, Sekretarz: Dr. M. Świda, Skarbnik: Dr. J. Klukowski. W skład Komisji Rewizyjnej weszli: Dr. W. Bądzyński, Dr. A. Kapłan, Dr. L. Toczyłowski.

Z kraju.

Lista Członków Rady Izby Lekarskiej Lubelskiej, wybranych w dniu 10 listopada 1928 r. na okres kadencji 1929—1931: 1) Dr. Modrzewski Jan, Lublin, głosów 247. — 2) Dr. Kożuchowski Tomasz, Lublin, głosów 243. — 3) Dr. Miłaszewski Franciszek, Łuck, głosów 242. — 4) Dr. Wąsowski Stefan, Lublin, głosów 241. — 5) Dr. Kurpatwiński Aleksander, Drohiczyn, głosów 240. — 6) Dr. Gąsiorowski Jan, Puławy, głosów 239. — 7) Dr. Lipiński Włodzimierz, Łuck, głosów 239. — 8) Dr. Skibiński Jan, Lublin, głosów 239. — 9) Dr. Garbaczewski Marcin, Lublin, głosów 239. — 10) Dr. Kowaliński Kazimierz, Lublin, głosów 238. — 11) Dr. Żurakowski Adam, Lublin, głosów 237. — 12) Dr. Scholtz Edward, Lublin, głosów 237. — 13) Dr. Chomicki Ludwik, Chełm, głosów 236. — 14) Dr. Moroz Stefan, Lublin, głosów 236. — 15) Dr. Ostrowski Mikołaj, Siedlce, głosów 236. — 16) Dr. Rapczewski Feliks, Włodzimierz, głosów 235. — 17) Dr. Weselski Wacław, Kowel, głosów 236. — 18) Dr. Piotrowski Włodzimierz, Równe, głosów 235. — 19) Dr. Gliwiński Stanisław, Kowel, głosów 233. — 20) Dr. Radwański Ludwik, Łuck, głosów 233. — 21) Dr. Wośkowski Aleksander, Lublin, głosów 233. — 22) Dr. Mikiciński Miron, Brześć, głosów 232. — 23) Dr. Tenenbaum Hersz, Lublin, głosów 225. — 24) Dr. Nepomucki Florjan, Brześć, głosów 199. — 25) Dr. Jaworski Kazimierz, Lublin, głosów 197. — 26) Dr. Wolski Feliks, Zamość, głosów 197. — 27) Dr. Klepacki Witold, Lublin, głosów 194. — 28) Dr. Stocki Franciszek, Równe, głosów 191. — 29) Dr. Bejlin Bencjon, Łuck, głosów 180.

Za zgodność: *Dr. Jan Modrzewski*, Naczelnik Izby.

Ze świata.

II Kurs dokształcający dla lekarzy chorób dziecięcych z dziedziny — postępów pedjatrji odbędzie się w Düsseldorfie w czasie od 10 do 20 kwietnia 1929 roku. Kurs ten urządza Komitet centralny dla dokształcenia lekarskiego w Prusiech, tudzież Związek opieki nad oseskiem dla powiatu rządowego Düsseldorfskiego w Klinice pedjatrycznej Akademji medycznej w Dusseldorfie, Morenstr. 5.

Bliższych wyjaśnień w tym względzie zażądać można w sekretarjacie kursu: Sekretariat Des Fortbildungskurses „Fortschritte der Kinderheilkunde", Düsseldorf, Oststr. 15.

V Międzynarodowy Kongres Medycyny i Farmacji Wojskowej odbędzie się w Londynie w czasie od 6 do 11 maja 1929 roku. Wszelkich informacyj tyczących się tego Kongresu udziela Członek Komitetu Stałego Międzynarod. Kongresów Medycyny i Farmacji Wojsk. Płk. Dr. Bohdan Zakliński, Warszawa, Smolna 6. tel. 109-97.

IV Kongres francuskich dermatologów i syfilidologów odbędzie się w Paryżu w dniach 25, 26 i 27 lipca 1929 r. w szpitalu Saint-Louis. Na tematy główne przeznaczone: 1) Erythema polymorphum, 2) Prurigo, 3) Leczenie malarją nerwowych powikłań kiły. Bliższych wyjaśnień w sprawie kongresu udziela Sekretarz generalny Dr. Clément, Simon, 104, avenue Malakoff, Paris (XVI-e).

IV Posiedzenie Stałej Komisji Międzynarodowej dla spraw chorób zawodowych, odbędzie się w Ljonie w dniach od 3—6 kwietnia 1929 roku. Obrady rozpoczną się o godz. 10 w Gmachu Wydziału Lekarskiego i będą połączone ze zwiedzaniem bliżej położonych zakładów przemysłowych. Porządek dzienny obejmuje następujące tematy: Pylica krzemowa (Silicosis). Patologja: Dr. A. Mavrogordato (Południowa Afryka). Klinika: Profesorowie Boehme (Niemcy), Irvine (Południowa Afryka), Thiele (Niemcy). Ustawodawstwo: Prof. E. L. Collis (Wielka Brytanja). Pylice płucne: Prof. Sternberg (Austrja). Rozprawa. Zaćma (katarakta), jako choroba zawodowa. Etjologja: Prof. Elsching (Czechosłowacja). Klinika: Prof. Rollet (Francja). Rozprawa. Układ wewnątrz-wydzielniczy, a zatrucia. Prof. C. Biondi, L. Ferranini i N. Pende (Italja). Rozprawa. Niezależnie od powyższego Sekcja Francuska otwiera dyskusję na temat: „Określenie choroby zawodowej pod względem ustawodawczym". Bliższych informacyj w związku z powyższem udziela Redakcja „Higjeny Pracy".

Naukowa wycieczka lekarzy na francuską Rivierę i do francuskiej Afryki północnej. Dzięki zaproszeniu towarzystwa lekarskiego na Rivierze (Societé Médical de climatologie et d'hygiene du Littoral Méditerranéen) wybiera się grupa lekarzy wiedeńskich (do których przyłączyli się również lekarze zagraniczni) z końcem marca pod kierownictwem prymarjusza Dr. Fryderyka Baracha (Wiedeń) do Nicei. Prezes Tow. lekarskiego na Rivierze osobiście zajmie się oprowadzaniem uczestników wycieczki po zakładach leczniczych i pokazywaniem im zabytków sztuki w Nicei, Cannes, Mentonie, Monte Carlo. Dalszy plan wycieczki Marsylja, skąd nastąpi wyjazd do Algieru. Uczestnicy wycieczki zamierzają dotrzeć do wnętrza Afryki, aż do Biskry.

Koledzy (z wszystkich krajów), którzy pragną się przyłączyć, otrzymają bliższe informacje na pisemne zapytania pod adresem: Aerztliche Auslandsstudienreisen, Wiedeń (Wien) I, Biberstrasse 11, I Stock, Tür 6.

Sprostowanie omyłek drukarskich.

W ogłoszonej w numerze 51-ym Polskiej Gazety Lekarskiej z roku 1928 ocenie dzieła Prof. Nowickiego p. t.: „Anatomja Patologiczna" zaszły następujące omyłki drukarskie:

na str. 937, w wierszu 42-gim od góry zamiast: „wsierdzie" i „fizyczny" ma być „śródpiersie" i „fizykalny",

na str. 937, wiersz 45-ty od góry zamiast: „kostiunowa" ma być „kostninowa",

na str. 937, wiersz 46-ty od góry zamiast: „kostrzawa" ma być „kostnawa"

Redakcja otrzymała

J. v. Mering: Podręcznik chorób wewnętrznych wydany przez L. Krehla. T. II. Z. VI. Choroby nerwów obwodowych, rdzenia i mózgu. Choroby układu nerwowego. Technika lecznicza. Tłumaczyli Dr. Br. Handelsman i Dr. Józef Luxemburg. Wydawnictwo naukowe „Wiedza". Warszawa 1928.

Sprawozdanie Komitetu Sanatorjum w Rudce za rok 1927.

Verain Marcel et Jean Chaumette: „Le pH en biologie". Masson et Cie Paris 1928.

Uruena Jesu Gonzalez: „Le traitement des teignes par l'acétate de thalium". Masson et Cie Paris 1928.

Sobre-Casas et F. F. Carranza: „Leucoplasie et Kraurosis vulvaire". Masson et Cie Paris 1928.

Breton André: „Etude de la réaction de Vernes a la résorcine dans le diagnostic et le pronostic des tuberculoses". Comparaison avec la réaction de fixation. Masson et Cie Paris 1928.

Wydawnictwa *„Nouveau traité de médecine"* tom XVI, zawierający w sobie „Pathologie du foie", stron 1038. — Nakł. firmy Masson et Cie Paris 1928.

Zieliński Kazimierz i Edward Wajs: „Szpital Przemienienia Pańskiego 1828—1868—1928". Wydawnictwo Wydziału Szpitalnictwa i Opieki społ. Magistratu m. st. Warszawy. Warszawa 1928.

C. Sobre-Casas: „Chirurgie des voies biliaires". Masson et Cie Paris 1928.

Henryk Higier: „Jajo, owulacja i ciąża a stosunek ich do hormonów jajnika i przysadki". Odb. z Warsz. Czas. Lek. z 7 czerwca 1928 r.

Henryk Higier: „Auslösung und Coupierung von klonischen und tonischen Muskel-Krämpfen durch periphere Engriffe". Odb. z Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, Band 112, Heft 5. 1928 r.

Henryk Higier: „Niemoc płciowa i bezpłodność u mężczyzn i kobiet ze stanowiska neurologji. Wykłady lekarskie, Nr. 7. Warszawa 1928.

Ks. Stan. Trzeciak: „Klimat i choroby w Palestynie w czasach Chrystusa Pana. Warszawa 1928.

Pamiętnik I Zjazdu lekarzy i działaczy samorządowych szpitalnych w Łodzi, dnia 17 czerwca 1928 roku — Łódź 1928.

Ministerstwo spraw wewn. Depart. służby zdrowia: „Sprawozdanie o stanie zdrowotnym Rzeczypospolitej Polskiej oraz o działalności władz i instytucyj Zdrowia Publ. w roku 1926. Warszawa 1928.

Société des nations, Organisation d'hygiène. Comité d'hygiène.: „Rapport au conseil sur les travaux de la treiziène session du comite".

To samo: „Rapport de la deuxième conférence internationale de la maladie du sommeil".